

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 DA ATENÇÃO MULTIDISCIPLINAR NA INTERNAÇÃO EM
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO HOSPITALAR**

BETTINA BESKOW

RIO GRANDE/RS

2020

BETTINA BESKOW

**INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO MULTIDISCIPLINAR NA INTERNAÇÃO EM
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO HOSPITALAR**

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). Alana Ísis Oliveira Lemos Rodrigues.

RIO GRANDE/RS

2020

RESUMO

Introdução: Os setores de pronto atendimento contam frequentemente com estruturas e equipes subdimensionadas e assistência fragmentada. O exercício da preceptoria em setores de alta demanda e rotatividade como esses, é desafiador. **Objetivo:** O objetivo é reorganizar o atendimento, desde o acolhimento até a alta, estruturando a assistência multidisciplinar. **Metodologia:** Projeto de intervenção, tipo Plano de Preceptoria, no setor de pronto atendimento de um Hospital Universitário. A coleta dos dados será por meio de entrevista semiestruturada. **Considerações finais:** Organizar a estrutura do atendimento e as atividades teórico-práticas, estimular ações conjuntas com rounds multiprofissionais, fortalece o vínculo e torna o atendimento mais qualificado.

Palavras-chaves: Preceptoria. Internato e residência. Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O ministério da saúde implementou em 2003 o Humaniza-SUS (Política nacional de humanização), para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2004).

As diretrizes do Humaniza-SUS norteiam a atenção de uma maneira cooperativa, oportunizando uma maior autonomia e a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O acolhimento, primeira diretriz, é realizado coletivamente por uma cooperação de profissionais, com o objetivo de construir relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes. Segunda diretriz, a cogestão insere novos sujeitos nas decisões e tarefas, criando mecanismos de horizontalização de todos atores envolvidos numa unidade de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A ambiência, também parte integrativa das diretrizes, proporciona um ambiente agradável, de trabalho e convivência. A clínica ampliada, terceira diretriz, é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é desviar de uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, levando em conta a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença (Ministério da Saúde, 2015). A ideia geral é além de valorizar o trabalho e o trabalhador, garantir os direitos do usuário, da admissão à alta.

Apesar de óbvia, a humanização do atendimento nos serviços de pronto atendimento não é simples, esbarra na sobrecarga dos serviços, por demanda excessiva, problemas de estruturação das redes de atenção à saúde, escassez e desajustes no dimensionamento de recursos humanos e escassez de recursos materiais.

MATTOS (2005) sistematizou três conjuntos de sentidos sobre a ‘integralidade’, quais sejam: a ‘integralidade’ como traço da boa medicina, a ‘integralidade’ como modo de organizar as práticas e a ‘integralidade’ como respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

A primeira definição remete a busca em reconhecer, além das demandas explícitas, as necessidades do paciente no que diz respeito à sua saúde integralmente. No segundo conjunto de sentidos, a ‘integralidade’, como modo de organizar as práticas, exigiria uma certa ‘horizontalização’, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. Por fim, a ‘integralidade’ relacionada as políticas especialmente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional.

De uma maneira ideal a atenção à saúde necessita ser integral e humanizada, que particularmente nos setores de pronto atendimento torna-se desafiador. As internações nestes setores frequentemente funcionam como uma transição para setores de internação prolongada, esses já com a multidisciplinaridade mais atuante, porém com a maior demanda de admissões do que de altas, estas internações acabam sendo mais do que transitórias.

O setor de pronto atendimento do Hospital Universitário Miguel Riet Correa Jr luta com a alta rotatividade, com pacientes frequentemente instáveis, em meio à superlotação, equipes desintegradas, sobrecarregadas e em um espaço físico limitado. Nesse contexto, exercer a preceptoria e um atendimento multidisciplinar é um grande desafio.

Como parte integrante de uma universidade, o hospital de ensino tem a necessidade de organização em cooperação. O atendimento multidisciplinar agregaria muito ao exercício da preceptoria, com a possibilidade de interação com a residência multiprofissional, residência médica e de estagiários da medicina e enfermagem.

2 OBJETIVO

Propor a reorganização da assistência desde o primeiro acolhimento até o término de tratamento e alta.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um projeto de intervenção do tipo Plano de Preceptoria. *O Projeto de Intervenção, isto é, uma pesquisa focada na realidade dos espaços de educação formal e não-formal, da qual todos os envolvidos participam buscando mudanças* (PADILHA, 2015). A pesquisa-ação serve como referencial teórico para a elaboração do projeto de intervenção, de acordo com Thiollent (2005, p. 14), *pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo*.

3.2 CENÁRIO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

O plano de preceptoria será realizado no setor de pronto atendimento do Hospital Universitário Miguel Riet Junior, que funciona em livre demanda até a limitação de número de leitos possíveis para o atendimento adequado à população e dimensionamento de profissionais. Conta hoje com 20 leitos de internação, 5 pediátricos e 15 adultos. A rotina médica é composta por 4 médicos, um deles com atividade de preceptoria de doutorandos da medicina (em geral 2) e de médico residente (1). Conta ainda com equipe de enfermagem (2) e técnicos de enfermagem (6).

O público alvo do plano de intervenção, serão as equipes de assistência do setor de pronto atendimento, assim como os residentes (médicos e da residência multiprofissional) e alunos dos cursos de medicina e enfermagem. A equipe executora será composta pelos médicos preceptores (2), enfermagem (2 por turno), técnicos de enfermagem (6 por turno), assistente social, nutricionista e psicóloga.

3.3 ELEMENTOS DO PP

As ações iniciarão com a apresentação da reorganização do atendimento, pactuação do plano com a gestão, chefias e equipes, motivação e adesão dos funcionários.

Posteriormente, propor melhorar localmente a espera pela consulta após a triagem, os leitos de internação (afim de que não se tenham leitos fixos em corredor) e encontrar local adequado para atividades teórico práticas e round multidisciplinar.

Após o atendimento, os pacientes que internarem, poderiam ser acolhidos pela equipe de rotina médica o mais breve possível, de preferência no mesmo dia de internação, agilizando a investigação e otimizando as medidas terapêuticas; isso impactaria em redução do tempo de internação, coleta adequada de exames, além de pacientes mais tranquilos.

Paralelamente, sensibilizar as equipes multiprofissionais para o trabalho conjunto, para a participação da fisioterapia (hoje ausente no pronto atendimento) e colaboração mais ativa da psicologia, assistência social, nutrição e residência multiprofissional.

Propor ainda, a divisão da equipe, a rotina atual (de um turno) poderia ser dividida em duas equipes (aumentando de 1 para 2 médicos preceptores), divididos em manhã e tarde, para que novos pacientes ou aqueles que dependam de resultados ou avaliações, não disponíveis no turno inverso, possam ser reavaliados. Isto agregaria também para a organização e execução das atividades de preceptoria com os estagiários, ampliando de um turno atualmente para dois.

A proposta é que o atendimento hoje fragmentado seja reorganizado para haver cooperação entre os atores de diversas áreas. A integração das equipes, tanto médica (duas rotinas), quanto de enfermagem, fisioterapia, comissão de infecção, nutrição e outras especialidades em casos específicos, contribui para a agilidade na execução de decisões terapêuticas, no compartilhamento da informação sobre plano de tratamento e de investigação, no preparo adequado para exames e cirurgias, no auxílio terapêutico de curativos e uma atenção integral ao paciente.

A proposta para a alta do paciente, é que possa contar com a cooperação da assistência social, no acionamento da rede básica, para aqueles pacientes que necessitem de prosseguimento de cuidados e atenção. O retorno do ambulatório de egressos complementaria também a continuidade do acompanhamento e possivelmente reduziria a necessidade de reinternações.

3.4 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

O serviço de pronto atendimento conta com limitações na estrutura física, o que dificulta a organização de atividades teóricas, rounds multidisciplinares e uma anamnese mais adequada. Parte dos leitos da internação estão alocados no corredor, além de ser insalubre ao paciente, também o é para a equipe que o atende.

Além disso a alta rotatividade é outro fator limitante para a organização de atividades conjuntas e de preceptoria. O que por um lado é estimulante ao aprendizado por possibilitar uma diversidade de casos, também limita o seguimento, uma vez que alguns pacientes são

encaminhados precocemente para a unidade de clínica médica. Da mesma forma, a presença frequente de pacientes instáveis, demanda maior tempo de cuidado de todos os profissionais envolvidos, dificultando a prática de discussões e de atividades teóricas de preceptoria.

Outro limitante é o baixo nível socioeconômico dos pacientes atendidos no nosso serviço, ocasiona muitas vezes internações sociais, seja pela dificuldade na compra de medicamentos, como na realização de exames diagnósticos, o que também contribui para a sobrecarga do atendimento.

Por outro lado, o acesso da população aos serviços de ambulatório (ligados a residência e a faculdade), atendimentos em hospital dia, fornecimento de medicamentos para término de tratamento domiciliar, permitem desafogar o serviço de pronto atendimento, reduzindo o tempo de internações e por consequência a superlotação.

Soma-se a isso o fato de sermos um hospital escola, contar com a presença de estagiários, de médicos residentes e residentes multiprofissionais agrega e estimula a organização de atividades de preceptoria e de participação conjunta no atendimento.

3.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A avaliação do plano de preceptoria será feita com a aplicação de entrevista semiestruturada mensal, aos usuários, equipes médica, de enfermagem, técnicos e apoiadores (fisioterapia, nutrição, residências e assistência social).

A entrevista semiestruturada segue um roteiro pré-determinado (Apêndices A e B) com o objetivo de coletar informações de forma mais livre. Segundo Manzini (1990/1991, p. 154), *a entrevista semi-estruturada está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista.*

A análise dos dados, será por meio de análise temática, com transcrição das entrevistas e análise qualitativa de dados para identificar, analisar, interpretar e relatar padrões (temas) a partir dos dados.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integração dos profissionais atuantes no setor de pronto atendimento, vai além da colaboração assistencial, o objetivo é que as equipes se comuniquem e partilhem as avaliações,

gerando perspectivas de diferentes ângulos de análise, além do explícito, proporcionando ao paciente um atendimento integral e um complemento ao exercício de preceptoria.

A melhora do ambiente de assistência também é essencial para que o plano de preceptoria seja efetivo por completo. Encontrar espaços para que os leitos dos pacientes não mais permaneçam no corredor, para a realização das discussões e os rounds multidisciplinares, é um desafio em um setor limitado fisicamente.

Encontrar tempo para reunir todos os colaboradores talvez seja a maior dificuldade na implantação do projeto. Em um setor com alta rotatividade, frequentemente funcionando acima da sua capacidade, com pacientes instáveis demandando maior atenção, reunir todos será um desafio. Iniciar com um encontro semanal seria uma alternativa para o início gradual da implantação dos rounds multiprofissionais.

Além de agregar os profissionais já existentes no setor, seria importante também contar com serviços de fisioterapia e com a residência multiprofissional, acrescentaria muito ao tratamento dos pacientes e também às discussões conjuntas.

A pandemia do coronavírus trouxe mudanças não só para a sociedade como um todo, mas também para o funcionamento dos hospitais. As internações e equipes foram divididas e houve um aumento no número de funcionários, com equipes completas atuando na linha de frente. Com a redução nas internações e atendimentos dos casos de síndromes gripais, as estruturas serão reorganizadas e é um bom momento para conseguir manter o aparelhamento e as equipes completas em setores tão desvalorizados como as emergências.

Organizar a estrutura do atendimento e as atividades teóricas práticas, fortalece o vínculo e torna o atendimento mais qualificado. Limitar a lotação, fornecer o término de tratamento quando cabível, incentivar ambulatório de egressos e hospital dia. Estimular ações conjuntas, rounds multiprofissionais, relação mais participativa da comissão de infecção. Todas essas medidas contribuiriam para tornar o atendimento integral e humanizado. Ganha o setor, o ensino e principalmente o paciente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização . HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20p.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005a.

MANZINI, E.J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S. (Orgs.) Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial. Londrina: eduel, 2003. p.11-25.

MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. Didática, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

MINISTÈRIO DA SAÚDE, Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus> , publicado em 22 de outubro de 2015, acessado em 10 de outubro de 2020.

PADILHA, R. C. W.; MACIEL, M. F. Fundamentos da pesquisa para projetos de intervenção, 2015.

THIOLLENT, M. Metodologia da Pesquisa-ação (14ªed.) São Paulo: Editora Cortez, 2005.

APÊNDICE A**ROTEIRO DE ENTREVISTA – USUÁRIOS**

1. Como foi a sua experiência no atendimento? Na triagem? Na internação? No acolhimento de enfermagem e médico?

2. O que você acha que poderia melhorar no atendimento?

3. Qual o motivo da sua internação?

APÊNDICE B**ROTEIRO DE ENTREVISTA – EQUIPES**

1. Os encontros multidisciplinares semanais aconteceram? Se não, o que limitou?
2. Quais as dificuldades encontradas na comunicação diária entre as equipes neste último mês?
3. Houveram dificuldades para programar a alta? Contato com a rede básica, fornecimento de técnico de tratamento e agendamento de ambulatório de egressos ou especialidade necessária?
4. Qual a maior causa do prolongamento da internação na sua opinião?