



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
ESCOLA DE SAÚDE
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE PRECEPTORIA EM SAÚDE

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MEDIAÇÃO DE CONSULTA PARA CASAS
INFÉRTEIS EM HOSPITAL TERCIÁRIO DO CEARÁ

CLARUZA BRAGA HOLANDA LAVOR LUSTOSA

FORTALEZA

2020

CLARUZA BRAGA HOLANDA LAVOR LUSTOSA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MEDIAÇÃO DE CONSULTA PARA CASAIS
INFÉRTEIS EM HOSPITAL TERCIÁRIO DO CEARÁ**

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 Dr.^a Sônia Maria Fernandes da Costa Souza

FORTALEZA

2020

RESUMO

Introdução: Um cenário de formação profissional em saúde acontece com acolhimento humanizado e resolutivo, onde se concretizam as relações sociais. **Objetivos:** Elaborar um fluxograma de consultas e exames otimizados, visando atender de forma resolutiva o casal infértil, oferecendo acolhimento responsável. **Metodologia:** Projeto de intervenção, do tipo plano de preceptoria, com os residentes de ginecologia de uma Maternidade Escola em Fortaleza. Será traçado um modelo assistencial humanizado, centrado na pessoa, com oferta de consultas e exames necessários, buscando uma melhor resolutividade nas demandas do casal infértil. **Considerações:** Existe uma necessidade de reflexão sobre o processo de trabalho e ensino-aprendizagem em saúde.

Palavras-chave: Preceptoria. Humanização da assistência. Infertilidade.

PLANO DE PRECEPTORIA (PP)

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) é o grande cenário de práticas para o profissional de saúde, voltado para o desenvolvimento do aprendizado prático durante a formação profissional. Estes cenários se desenrolam no contexto local, não podendo deixar de lado o contexto das desigualdades sociais (BRASIL, 2013).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (BRASIL, 2001) para os cursos da área da Saúde, revisada em 2014, incentiva a formação profissional através do desenvolvimento de competências. Para o desenvolvimento das competências é preciso uma estrutura curricular que permita o desenvolvimento de um perfil profissional em que habilidades e conteúdos se articulem na prática, alinhando metodologias ativas de ensino e conhecimento (BRASIL, 2014),

Desse modo, a educação permanente funciona como mola mestra que impulsiona a prática assistencial, colaborando com a qualificação profissional através da percepção da real situação de saúde da comunidade, com a aplicação dos conhecimentos sobre o cuidado, e as necessidades em inovações tecno-científicas. O SUS sempre propôs a integralidade, a humanização e a educação continuada na formação profissional.

Sobre a problemática a ser abordada, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 15% dos casais apresentem alguma dificuldade em ter filhos (MAKUCH; FILETTO, 2010). Em 22 de março de 2005 teve a publicação da Portaria nº 426/GM, que instituiu no âmbito do SUS a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. A referida Portaria discorre sobre as normativas de regulamentação dos serviços de Reprodução Assistida disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde.

Sabe-se que o tratamento em Reprodução Humana Assistida requer tempo, disponibilidade para gastos financeiros, ter de lidar com invasão da privacidade sexual, a utilização de medicamentos, modificação da vida social e profissional. A humanização e a qualidade da atenção integral à saúde da mulher são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (BOIVIN *et al.*, 2018).

Durante a prática da preceptoria percebe-se que o atendimento ao paciente requer tanto do preceptor como do residente um atendimento bastante empático, considerando a história de vida da pessoa e seus anseios. Partindo dessa vivência percebeu-se a necessidade de maior sensibilidade, enfatizando o acolhimento humanizado e resolutivo. É importante compreender que um cenário de atuação e formação profissional acontece em um local com características que vão além de sua estrutura física. Assim, os diversos cenários que protagonizam o aprendizado se desenrolam no que denominamos de contexto local, onde se concretizam as relações sociais (MOYSÉS; SÁ, 2014).

Segundo Rios (2009), a humanização é o processo fundamentado no respeito e valorização da pessoa, que visa a transformação da cultura institucional por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços (WERNECK, 1998). Aprender as potencialidades e o perfil das necessidades para a transformação da realidade da saúde local possibilita o entendimento das bases das relações humanas. A abordagem centrada na pessoa apresenta maior satisfação, melhor aderência aos tratamentos, redução de ansiedades e até na utilização dos serviços de saúde (FUZIKAWA, 2013).

A escuta ativa é um momento em que o profissional utiliza seu saber para a construção de respostas às necessidades dos usuários e pressupõe o envolvimento de toda a equipe, que deve assumir uma postura capaz de acolher, de escutar e de dar resposta mais adequada aos usuários, fortalecendo o vínculo e a capacidade de interação com quem demanda atenção (MALTA *et al.*, 2000).

Desse modo a proposta desse projeto de intervenção, justifica-se em virtude da perspectiva do melhor acolhimento e empatia pelos preceptores e, conseqüentemente, dos residentes, durante todo o acompanhamento do casal infértil. Assim, a pergunta norteadora do projeto de intervenção seria: Como implementar uma consulta humanizada e centrada nas reais necessidades apresentadas pelo casal infértil que procura o ambulatório de infertilidade?

O atual modelo assistencial causa uma fragmentação do cuidado e não produz autonomia, oferecendo baixa resolutividade e insatisfações por parte dos profissionais de saúde e dos pacientes. Assim, existe uma necessidade de reorganizar o processo de trabalho no âmbito do acolhimento e do cuidado ao casal infértil.

Não sendo realizado um processo de intervenção, haverá manutenção da procura constante por atendimento médico baseado em medicalização e pouca resolutividade. Este projeto é voltado para a pessoa, buscando um atendimento efetivo e satisfatório, através da criação de alternativas de acolhimento e escuta ativa qualificada para o usuário, envolvendo equipe multiprofissional e o residente de ginecologia na organização no processo de ensino-aprendizagem, ao mesmo tempo proporcionando uma gestão mais participativa.

2 OBJETIVO

Elaborar um fluxograma de consultas e exames otimizados, para seguimento adequado do casal infértil, propondo um modelo assistencial centrado na pessoa, com ações de responsabilidade no cuidado.

3 METODOLOGIA

Será realizado um projeto de intervenção, do tipo plano de preceptoria. O ponto de partida é a definição de uma situação problema, de um diagnóstico situacional, chamada de fase exploratória. Consiste na identificação inicial dos problemas, conhecer a realidade na qual se pretende atuar, criar estratégias/ações para transformar essa realidade, sensibilizar-se e propor a intervenção (SANTOS; MALUF, 2010). Com a criação de ações que visam a conscientização dos residentes sobre a importância do acolhimento e humanização, sobre o cuidado voltado para a pessoa, discute-se estratégias com a equipe para garantir os bons resultados.

O cenário proposto para a intervenção será uma maternidade pública de nível terciário, com atendimento de referência no Estado do Ceará em ginecologia e obstetrícia, e tem como missão promover a formação de recursos humanos, em ações de aprendizado, ensino, pesquisa e extensão. A mesma possui 02 consultórios de atendimento de infertilidade, onde se realiza o diagnóstico e tratamento de baixa complexidade, atendendo aproximadamente 600 mulheres por mês.

O público alvo são os médicos residentes de ginecologia, e a equipe executora os preceptores médicos do ambulatório de infertilidade.

Foram identificados três problemas: 1) Modelo assistencial voltado para a doença e não centrado na mulher; 2) Não resolutividade nas demandas; 3) Oferta de consultas e de exames insuficientes. Com relação ao modelo assistencial centrado na doença, é necessária uma ação de acolhimento resolutivo, em que os atores principais são residentes e preceptores médicos. A adesão e a colaboração da equipe multiprofissional, somados ao conhecimento no assunto, educação permanente e escuta qualificada, resultará no tratamento eficaz, através do melhor acolhimento e melhor compreensão da usuária.

Para a resolutividade nas demandas e condutas, deve-se reorganizar o processo de trabalho voltado para o ensino-aprendizagem do residente e para a solução do problema, com capacitação das práticas e planos terapêuticos. Os atores principais, residentes e preceptores, gerenciarão a marcação de consultas e programação de exames, com avaliação das respostas dos usuários às informações oferecidas. Assim, possibilitará a elaboração do atendimento e consequente efetividade no tratamento.

A oferta de consultas e de exames exige a elaboração de um fluxograma de atendimento e cobertura da assistência pela equipe de profissionais. Gestores e preceptores devem estruturar a distribuição de consultas médicas e oferta de exames ao longo da semana. Assim, o resultado será a otimização de consultas médicas, com retorno do casal em tempo hábil para avaliação diagnóstica e no processo de tratamento, possibilitando a melhora no processo de trabalho e ensino em saúde.

Fragilidades: Geralmente o trabalho é executado de forma fragmentada, o que intensifica a lacuna existente entre as ações desenvolvidas pelos médicos, acarretando a compartimentalização da pessoa a ser cuidada. Neste cenário, a execução do trabalho torna-se uma obrigação, na qual a participação ativa e prazerosa é substituída por uma ação mecanizada, fragmentada e hierarquizada (MARTINS *et al.*, 2007).

Oportunidade: Impacto na residência médica, no aprendizado do residente, possibilitando o acesso do mesmo à especialidade, para que se capacite ao acolhimento e tratamento de baixa complexidade do casal infértil na sua formação.

Os atendimentos serão realizados semanalmente com uma carga horária de 6 horas, a nível local – maternidade. Sua realização deve ser prevista como parte da carga horária de trabalho dos profissionais envolvidos na medida em que se destina a produzir repercussões em suas práticas de trabalho, assim como em sua progressão na carreira.

MODELO ASSISTENCIAL CENTRADO NA DOENÇA E NÃO NA PESSOA - USUÁRIA DO SERVIÇO
AÇÃO: ACOLHIMENTO RESOLUTIVO
ATORES: RESIDENTES E PRECEPTORES
RESULTADO: MELHOR COMPREENSÃO, ESCUTA QUALIFICADA DO PROBLEMA PELO USUÁRIO, OBJETIVANDO UM TRATAMENTO EFICAZ.
OFERTA DE CONSULTAS E DE EXAMES INSUFICIENTES
AÇÃO: ELABORAR UM FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO E COBERTURA DA ASSISTÊNCIA
ATORES: GESTORES E PRECEPTORES
RESULTADO: CONSULTAS MÉDICAS OTIMIZADAS, COM RETORNO EM TEMPO HÁBIL PARA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E TRATAMENTO.
NÃO RESOLUTIVIDADE NAS DEMANDAS E CONDUTAS
AÇÃO: REORGANIZAR O PROCESSO DE TRABALHO VOLTADO PARA O ENSINO-APRENDIZAGEM DO RESIDENTE E PARA A RESOLUTIVIDADE DO PROBLEMA
ATORES: RESIDENTES E PRECEPTORES
RESULTADO: PROGRAMAÇÃO ELABORADA COM O NÚMERO DE CONSULTAS E ULTRASSONS NECESSÁRIOS PARA O TRATAMENTO EFETIVO.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS preconiza a saúde como um direito de todos os cidadãos. Porém, observa-se que ainda existe deficiência no sistema, com falta de profissionais especializados e estrutura física adequada para a assistência à saúde da população. Além disso, questões socioeconômicas, a cultura curativa e não preventiva, contribuem para o agravamento dos problemas em geral, e do aumento considerável da procura pelos serviços de saúde, constituindo-se um problema social.

Acredita-se que o projeto facilitará o processo de reflexão acerca da prática profissional e educativa, a qual contribuirá para atender de maneira mais acolhedora e satisfatória as demandas das usuárias do serviço. E como contribuição para os residentes médicos acredita-se no crescimento acadêmico e profissional que estes irão obter mediante a implementação do mesmo a partir das evidências científicas, visando fortalecer e respaldar a assistência prestada as mulheres usuárias do serviço, envolvendo uma atenção integral e qualificada durante todo o acompanhamento percorrido.

O acolhimento é uma ação técnico-assistencial que pressupõe mudanças da relação entre profissionais e usuários por meio da humanidade e solidariedade, e reconhecimento do paciente como sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde, mostrando a necessidade de reflexão sobre o processo de trabalho e ensino-aprendizagem em saúde.

REFERÊNCIAS

BOIVIN, J. *et al.* An experimental evaluation of the benefits and costs of providing fertility information to adolescents and emerging adults. **Hum. Reprod.** [s. l.], v. 33, n. 7, p. 1247-1253, jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: saúde sexual e saúde reprodutiva.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CES nº 1133/2001, aprovado em 7 de agosto de 2001:** Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília: MEC, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/13243-parecer-ces-2001>. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jun. 2014. Seção 1, p. 8. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_25663662_resolucao_n_3_de_20_de_junho_de. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 426/GM, de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 mar. 2005. Seção 1, p. 1. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm. Acesso em: 10 ago. 2020.

FUJIKAWA, A. K. **Método clínico centrado na pessoa:** um resumo. [S. n.]: Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1684.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2020.

MAKUCH, M. Y.; FILETTO, J. N. Procedimentos de fertilização in vitro: experiência de mulheres e homens. **Psicolo.** São Paulo, v. 15, n. 4, p. 771-779, dez. 2010.

MALTA, D. C. *et al.* Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 21-34, dez. 2000.

MARTINS, J. J. *et al.* Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 254-262, jun. 2007.

MOYSÉS, S. T.; SÁ, R. F. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4323-4329, nov. 2014.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], v. 33, n. 2, p. 253-261, dez. 2009.

SANTOS, M. J.; MALUF, M. R. Consciência fonológica e linguagem escrita: efeitos de um programa de intervenção. **Educ. Rev.**, [s. l.], v. 1, n. 38, p. 57-71, jan. 2010.

WERNECK, C. Acorda, monstro! **Escritos da criança**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 107-112, jan. 1998.