

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

**PROPOSTA DE OTIMIZAÇÃO DO FLUXO DE ATENDIMENTO DE UMA UNIDADE
DE EMERGÊNCIA FECHADA**

WYLLYAM LOSS DOS REIS

VITÓRIA/ES

2020

WYLLYAM LOSS DOS REIS

**PROPOSTA DE OTIMIZAÇÃO DO FLUXO DE ATENDIMENTO DE UMA UNIDADE
DE EMERGÊNCIA FECHADA**

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: **Profa. Isabel Karolyne Fernandes Costa.**

VITÓRIA/ES

2020

RESUMO

Introdução: Pouco ou nenhum incentivo governamental aos profissionais na linha de frente de unidades de emergência fechadas, falta de recurso humano dimensionado além de tecnologias obsoletas, criam ambiente pouco favorável ao ensino durante atendimento. **Objetivo:** Propor um fluxo de atendimento e orientação dos alunos graduandos em medicina proporcionando assim melhor qualidade técnica e empática para os usuários de unidade de emergência fechada. **Metodologia:** Trata-se de uma proposta de intervenção do tipo Plano de Preceptorial. **Considerações finais:** A expectativa é que o serviço se torne referência em atendimento de excelência para a população e fortalecido diante das políticas de saúde.

Palavras Chaves: Graduação em Medicina; Preceptorial; Educação em Saúde

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária a Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e está em um universo constituído por: dependência da demanda populacional vulnerável, da gestão de cuidados do usuário municiando profissionais de saúde e gestores para a promoção de saúde e prevenção de agravos. É portanto a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde(SUS) orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade capilarizando por toda a rede de atenção. Vale ressaltar que dentro do princípio da integralidade da atenção a Política de Educação Permanente em Saúde é um destaque. É regulamentada pela Portaria do Ministério da Saúde Nº 1.996 de 20 de agosto de 2007 e trata-se de uma instância intersetorial e interinstitucional permanente que delinea a formulação, a condução e o monitoramento dessa política atendendo ao disposto no artigo 14 da Lei 8.080/1990. (BRASIL, 1990).

Baseado nessas informações e sob a ótica da orientação de futuros médicos em uma unidade de emergência fechada, caracterizada por uma estrutura intrahospitalar, com quantitativo de leitos limitados, destinados a atendimentos de pacientes em condições críticas e regulamentados por resoluções e portarias governamentais, podemos notar dois modelos de ensino atuantes, porém em intensidades diferentes dentro dessa unidade, o tradicional e o emergente. No primeiro, o professor é o centro formador passando as informações diretamente ao aluno – nota-se uma hierarquização do conhecimento com o “modelo bancário de conhecimento” – a informação é depositada no aluno. No segundo, o aluno troca informações com o preceptor (CUNHA, 1998). Há uma notável horizontalização do conhecimento, sendo a informação trocada entre o aluno e o preceptor, onde o primeiro é treinado à beira leito moldando seu comportamento, habilidades e atitudes como fruto do seu aprendizado. (ANTUNES, 2017)

É sabido do sucateamento dos serviços públicos de saúde e as unidades hospitalares federais não são poupadas. O déficit de recursos humanos, bem como a falta de incentivo à atualização nos processos daqueles que compõe o quadro clínico efetivo associado a falta de insumos, dispositivos de diagnóstico e monitorização dificultam a orientação de futuros médicos. Entretanto, a maioria dos profissionais são

capacitados, envolvidos com o serviço, inseridos em uma estrutura funcional já bem estabelecida e com “benchmarks” positivos a despeito da fragilidade apontada.

Diante desse contexto, nos questionamos: como melhorar o atendimento de emergência inserindo o aluno dentro desse processo de ensino, aprendizagem e assistência ao paciente grave? A organização do serviço inserindo o graduando de medicina e residente como parte dessa engrenagem de funcionamento, passando a eles conhecimentos adquiridos e os estimulando a pensar em cada caso solucionado, tenderá a um melhor desenrolar e qualidade do serviço. (ANGELICA, 2000)

2 OBJETIVO

Propor um fluxo de atendimento e orientação dos alunos graduandos em medicina e residentes proporcionando assim melhor qualidade técnica e empática para os usuários da unidade de emergência fechada bem como melhorar o dinamismo e a produção de dados para o serviço.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO:

Trata-se de uma proposta de intervenção do tipo Plano de Preceptorial (PP) realizado durante o Curso de Especialização em Preceptorial em Saúde em parceria com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e a Universidade do Rio Grande do Norte.

3.2 LOCAL DO ESTUDO/PÚBLICO ALVO/EQUIPE EXECUTORA

O local para a proposta de intervenção será na Unidade de Emergência Fechada – Unidade De Terapia Intensiva do Hospital do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes(HUCAM/UFES) – Vitória (ES), constituída de 10 leitos para doentes críticos.

O público alvo será os alunos do décimo e décimo primeiro períodos de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, em número total de 4 participantes, médico residente de terapia intensiva, em número de 1, e os

médicos plantonistas preceptores lotados nessa Unidade, em número total de 7, um médico diarista e os usuários da unidade. O fluxograma determina duração de 3 meses para os graduandos e de 1 ano para o residente de terapia intensiva. Findado o tempo, há o rodizio com novos graduandos e residentes.

A equipe executora do projeto será o médico diarista e a chefia médica da unidade.

A unidade de emergência fechada do Hospital de Clínicas em Vitória-ES é constituída por 10 leitos, composta por 1 médico plantonista, 1 médico diarista, 1 enfermeiro, 1 fisioterapeuta e 5 técnicos de enfermagem (ANVISA, 2010). A complexidade é alta por se tratar de hospital terciário. Recebemos principalmente pós operatórios de cirurgia cardíaca, cirurgia abdominal, cirurgia vascular e pacientes graves com condições clínico e cirúrgicas de diversas especialidades médicas por sermos referência no estado. Atualmente, devido às condições supracitadas de complexidade, um único paciente pode demandar de muita atenção e comprometer a atenção dos demais. No modelo atual de orientação dos graduandos inseridos na unidade, a falta de um fluxo de atendimento além de não contribuir para o aprendizado em serviço deixa de aproveitar a mão de obra que auxiliaria o médico plantonista durante seu turno evitando desassistência. O médico plantonista prioriza os casos mais graves, preocupa-se em documentar e preencher os processos inerentes a sua atividade e tem pouco tempo para ouvir, orientar e delegar atividades ao aluno de graduação.

No modelo proposto, a equipe da unidade fechada será composta por médicos plantonistas, sendo os 7 médicos da semana (carga horaria de 24 horas), o médico diarista/rotina (carga horaria de 30 horas), 1 residente de terapia intensiva e 4 alunos de graduação em medicina, sendo 2 do décimo e 2 do décimo primeiro período da faculdade de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo.

3.3 ELEMENTOS DO PLANO DE PRECEPTORIA

A ideia de um fluxo de atendimento para os alunos de graduação de medicina surgiu a partir de observação da falta de interação entre aluno x equipe. A impressão é de que os alunos eram “a parte” e não “parte” da equipe. Com isso a unidade perdia em crescimento intelectual, produtividade e somava em reclamação do aluno para com o preceptor e vice-versa.

Hoje na unidade fechada de tratamento intensivo do HUCAM temos protocolos clínicos escritos pelos médicos plantonistas e validados pela instituição. Mensalmente esses protocolos são auditados por equipe independente gerando nossa estatística. A sobrecarga de trabalho no plantonista impede o preenchimento e até mesmo a aplicação integral desses protocolos nos pacientes, tornando o serviço pesado, cansativo e pouco eficiente para o usuário. No modelo proposto o médico rotina acolheria no primeiro dia de estágio tanto o médico residente como os graduandos passando a eles os protocolos institucionais e a rotina do serviço. Os pacientes, no total de 10, seriam distribuídos em número de 2 para cada aluno e 2 para o residente de terapia intensiva. O fluxo funcionaria nos 7 dias da semana no plantão diurno.

Na primeira hora do turno da segunda, quarta e sexta, haveria a discussão de um caso clínico específico e ainda dentro desse período o aluno ou residente explanaria sobre a patologia em questão para a equipe. Nas próximas horas do dia, os alunos e o residente fariam exame físico, a análise laboratorial e radiológica, bem como os procedimentos clínicos práticos necessários para os pacientes a fim de contemplar os protocolos clínicos institucionais, sob a supervisão do médico plantonista e/ou médico rotina. Por volta das 10 horas da manhã, exceto sábados, domingos e feriados, todos os casos serão discutidos em uma visita multidisciplinar, com duração máxima de 60 minutos, onde os “pontos principais” de cada especialidade serão ouvidos e considerados tendo como objetivo a melhora clínica do usuário.

O médico rotina/diarista é responsável por ligar as ideias entre a equipe multiprofissional e as condutas propostas pelos alunos e residente. Os alunos passam a ser os responsáveis pelos pacientes, tendo a sua conduta somente balizada pelo médico diarista. Nesse momento, o médico plantonista está livre para continuar supervisionando a monitorização dos pacientes críticos, realizando procedimentos pertinentes ao momento, de sorte o paciente ter integralmente seus sinais vitais monitorizados. As condutas tomadas após a visita multiprofissional ficam registradas pelos alunos e residente em prontuário e nos protocolos clínicos, assinadas pelo médico diarista, para serem auditadas no futuro.

Às tardes, o médico plantonista fica com 2 alunos de graduação e o residente. Esses, ficam responsáveis por fazer as internações dos novos pacientes admitidos, zelar pelo cumprimento da conduta tomada pela equipe multiprofissional no período matutino, exemplo: realizar ecocardiograma com cardiologista, pronar paciente com

equipe da fisioterapia e médico plantonista, cobrar culturas da unidade, participar junto ao plantonista da comunicação com os familiares dos pacientes. Ao médico plantonista, cabe continuar com a monitorização dos pacientes bem como supervisionar os alunos que agora estão com a função de fazer acontecer a conduta matutina, orientando-os sobre o melhor método para conseguir alcançar o objetivo. Nos fins de semana e feriado, a equipe fica restrita ao plantonista e 2 alunos, sendo a rotina passada de forma remota pelo médico diarista com o médico plantonista. Este, por sua vez, examina todos os 10 pacientes mas registra a conduta de 6 em prontuário, os outros 4 ele supervisiona e assina o registro feito pelos graduandos. Nesses dias, às tardes, segue o padrão já mencionado como nos dias de semana.

Nas segundas feiras, no final do plantão diurno, há reunião médica do serviço, contando com a presença da gerência médica, médico rotina, médicos plantonistas, residente e alunos. Metodologia, epidemiologia e conclusão de trabalhos científicos são apresentados e argumentados, além de revisão de protocolos institucionais para fins de atualização. Discussões de melhorias e autocrítica do serviço também são debatidas nesse momento. Desse modo, esperamos que ocorra a fixação de conhecimento adquirido e a sustentabilidade da unidade como geradora de bons resultados clínicos para usuário assim como produtora de dados epidemiológicos para hospital e para sociedade. (ANTUNES, 2017)

Segue a tabela com resumo dos elementos do plano de preceptoría

FLUXOGRAMA DE ATIVIDADE							
ATIVIDADES /DIAS DA SEMANA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Reunião científica - 7 as 8 hrs	Médico rotina e plantonista, residente e alunos		Médico rotina e plantonista, residente e alunos		Médico rotina e plantonista, residente e alunos		
Avaliação dos pacientes - 8 as 10 hrs	Médico rotina e plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos				

Round multiprofissional - 10 as 11 hrs	Médico rotina, residente, alunos e equipe multiprofissional	Médico rotina, residente, alunos e equipe multiprofissional	Médico rotina, residente, alunos e equipe multiprofissional	Médico rotina, residente, alunos e equipe multiprofissional	Médico rotina, residente, alunos e equipe multiprofissional		
Registro em prontuário e procedimentos pertinentes não urgentes das 11 as 13 hrs	Médico plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos
Internações	Médico plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos
monitorização clínica e paramétrica - 13 as 19 hrs	Médico plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos
Comunicação com familiares - 16 as 17 horas	Médico plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos	Médico plantonista, residente e alunos
Reunião do Serviço -19 as 20 horas	Gerência médica do serviço, médicos plantonistas, residente e alunos						

3.4 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

Temos uma unidade com profissionais capacitados, todos com titulação na área de atuação, envolvidos com o serviço, inseridos em uma estrutura funcional já bem

estabelecida e com “benchmarks” positivos. Entretanto, temos déficits desse recurso humano, falta de incentivo institucional na atualização dos processos existentes, falta de produção intelectual com os dados gerados na unidade para publicação, falta de dispositivos de diagnóstico e monitorização a beira leito e falta de um programa institucional de atualização técnica desses médicos plantonistas.

Outra fragilidade do projeto detectada e que tem de ser resolvida para não se transformar em ameaça à criação e manutenção desse fluxo de atendimento é a interação entre a preceptoría e os professores. Atualmente há pouca ou nenhuma interação bem estabelecida entre eles. A falta de articulação entre a prática e a teoria, associado a uma falta de plano de trabalho e objetivos aprofunda ainda mais o desinteresse do aluno na unidade fechada, levando também ao desinteresse do preceptor em investir parte do seu tempo orientando esse aluno. (BOTTI, 2008)

A oportunidade que emana após alinharmos as forças e mitigarmos as fraquezas e ameaças é a criação de uma unidade educacional produtiva e autossuficiente. O aluno estará inserido nos processos assistenciais como parte da equipe, recebendo orientação e tendo a execução da prática supervisionada pelo preceptor (BOTTI, 2008). Este por sua vez teria seu tempo mais dedicado a orientar os processos mais centrais e investiria menos tempo em processos automáticos de menor importância, como um maestro na orquestra. O paciente receberia um tratamento de vários profissionais com qualidade e empatia. Ademais, os alunos seriam orientados pelo preceptor a coletar os dados produzidos, trabalhar esses dados e publicar para troca de experiência com outras unidades fechadas (ANTUNES, 2017). A evolução desse modelo leva inexoravelmente a ampliação do serviço, fazendo com que os gestores do hospital se sensibilizem na atualização de materiais, insumos, recurso humanos e até mesmo melhora da estrutura da unidade para promover reuniões e rounds de forma mais ergonômica e confortável.

3.4 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A satisfação do usuário, do aluno, do preceptor e da produção de dados a partir dos protocolos assistenciais serão os parâmetros usados como ferramenta mensal para avaliar esse novo modelo. Essa avaliação deverá ser feita mensalmente através de questionários aplicados a cada parte desse novo fluxograma bem como o

quantitativo de dados gerado pelo preenchimento dos protocolos. As devolutivas de todas as partes supracitadas poderão e deverão ser utilizadas como forma de ajustes para melhorias do processo. (ANGÉLICA, 2000)

Segue as tabelas das devolutivas:

DEVOLUTIVA DOS ALUNOS E RESIDENTE					
PERCEPÇÃO/SATISFAÇÃO	O estágio o estimulou a pensar e solucionar problemas dos usuários?	Sentiu-se incluído no serviço?	Suas ações fizeram diferença no desfecho dos usuários?	O tempo gasto para realizar as tarefas rotineiras foram suficientes?	A troca de informações com a equipe foi importante?
Não					
Pouco satisfeito					
Parcialmente satisfeito					
Totalmente satisfeito					

DEVOLUTIVA DOS PRECEPTORES					
PERCEPÇÃO/SATISFAÇÃO	A inclusão dos aluno e residentes melhorou o dinamismo?	Sente-se mais motivado a se atualizar	O tempo de realização das tarefas está adequado?	Os equipamentos e inumos condizem com o aprendizado?	Houve percepção de melhora na qualidade?
Não					
Pouco satisfeito					
Parcialmente satisfeito					
Totalmente satisfeito					

DEVOLUTIVA DOS USUÁRIOS			
PERCEPÇÃO/SATISFAÇÃO	Sentiu-se acolhido pelo médico e teve seu problema resolvido?	Os familiares foram devidamente informados de sua condição durante sua internação	As instalações e limpeza do ambiente foram consideradas satisfatórias?
Não			
Pouco satisfeito			
Parcialmente satisfeito			
Totalmente satisfeito			

DEVOLUTIVA DOS AUDITORES EXTERNOS					
PERCEPÇÃO/SATISFAÇÃO	Melhora no quantitativo e qualitativo dos dados coletados?	Melhora no preenchimento de protocolos clínicos ?	Melhora no preenchimento de formulários de procedimentos ?	Melhora na organização de prontuário	Redução de não conformidades de outros setores
Não					
Pouco satisfeito					
Parcialmente satisfeito					
Totalmente satisfeito					

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a elaboração desse projeto, foi muito interessante podermos identificar nossas forças, fraquezas e ameaças. Vimos também que temos uma ferramenta muito poderosa com pouca utilidade, que inclusive, por não ser usada de forma adequada acabava causando mais desgaste nos turnos do que solução, que são os alunos. A

partir do momento em que criamos fluxos assistenciais, inserimos os alunos no contexto, atualizamos nossos preceptores e atrelamos funções a cada um dos envolvidos, ocorre uma fluidez com qualidade no atendimento de nossos usuários além da satisfação dos alunos e preceptores.

Espera-se que o aluno seja integralizado à unidade, aprenda habilidades e protocolos assistenciais durante o treinamento em serviço com os preceptores, orientado para prestação de serviço de excelência ao usuário. Acrescenta-se que o preceptor também será estimulado a se atualizar para trocar informações com os alunos e tem na ajuda dos mesmos uma forma de mitigar o quadro funcional. No final, o usuário é quem receberá um tratamento de qualidade com a resolução dos problemas.

5 REFERÊNCIAS

CUNHA M.I. **O professor universitário na transição de paradigmas.** Araraquara:J.M. Editora; 1998.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA. **RESOLUÇÃO RDC Nº 07, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010 DOU DE 25/02/2010.** Disponível em <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-07-2010>.

BRASIL. Lei número 8080, de 19 setembro 1990. **Diário Oficial da União:** capítulo 3, artigo 14, Brasília, DF, 19 set. 1990

ANTUNES, J.M.; DAHER, D.V.; FERRARI, M. F. M. Preceptoría como lócus de aprendizagem e de coprodução de conhecimento. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 2017.

BOTTI, S.H.; REGO, S. O. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 2, 2008.

ANGÉLICA, M.B-Z.; DOMINGUES, R.C.L.; AMARAL E. Feedback como Estratégia de Aprendizado. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro. 2000.