

CLÍNICA AMPLIADA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: Abrindo Caminhos Para Uma Nova Forma de Cuidar

Elaine Miguel Delvivo Farão¹
Jucelaine Arend Birrer²
Rhea Silvia de Avila Soares³
Bruna Golçalves⁴
Camile Favretto⁵
Dalva Cezar da Silva⁶

RESUMO

Os dispositivos para a Clínica Ampliada buscam considerar a complexidade do sujeito e do processo de adoecimento, pressupondo um trabalho em equipe e uma clínica interdisciplinar. Assim este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de rounds multiprofissionais como dispositivo da clínica ampliada em uma unidade de clínica cirúrgica de um Hospital Universitário. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência. A partir das discussões dos casos da clínica de cabeça e pescoço, todos os profissionais que atuam no serviço são “sensibilizados” para o cuidado integral e humanizado a estes sujeitos. O processo de alta hospitalar não é centrado somente na figura do médico, sendo considerados todos os saberes profissionais envolvidos no cuidado. Concluímos que as reuniões de clínica ampliada têm contribuído para melhorar os processos de comunicação entre a equipe multiprofissional, desencadeando maior resolutividade dos casos, conseqüentemente uma atenção mais humanizada e integral fundamentada pelos princípios do SUS.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS); Assistência Integral à Saúde; Clínica Ampliada.

¹Enfermeira ⁴Fonoaudióloga ⁵Fisioterapeuta do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase em Gestão e Atenção Hospitalar da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM. Relatora do Trabalho. E-mail: elainebiofis@yahoo.com.br

²Enfermeira Especialista em Gestão da Clínica dos Hospitais do SUS, Mestranda em Administração pela UFSM– Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase em Gestão e Atenção Hospitalar da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: juarend@ibest.com.br

³Enfermeira da Unidade de Internação Cirúrgica do Hospital Universitário de Santa Maria, Especialista em Saúde Pública. Coordenadora do Grupo de Lesões de Pele(GELP) do HUSM. E-mail: rheasilviasoares@yahoo.com.br

⁶Enfermeira. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM. E-mail: dalvacezarsilva@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Lei da República Federativa do Brasil nº 8080/90 dispõe em seu art. 3º que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Segundo a Constituição da República Federativa do Brasil, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196). Corroborando, Buss (2003) analisa a saúde como produto de fatores relacionados à qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento básico, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo da vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados. Neste contexto, Martins (1996) aponta que a qualidade de vida é um conceito intensamente marcado pela subjetividade, envolvendo todos os componentes essenciais da condição humana, quer seja físico, psicológico, social, cultural ou espiritual. Dessa forma, fica evidenciado que a prática em saúde centrada na doença, reduz o indivíduo e desconsidera a complexidade que envolvem todos os sujeitos inseridos nos serviços de saúde, sejam eles usuários ou profissionais. As atividades que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) devem ter como princípios a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência, a preservação da autonomia das pessoas, igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, dentre outros. Assim, na atenção a saúde para que o princípio de Integralidade seja alcançado, faz-se necessário uma abordagem multi e interdisciplinar em todos os níveis de Atenção a Saúde. Segundo Brasil (2009) a atenção hospitalar representa um conjunto de ações e serviços de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde, realizado em ambiente hospitalar,

sendo imprescindível um olhar holístico por parte dos profissionais. A Clínica Ampliada vem ao encontro desses pressupostos, pois possibilita a atenção de modo individualizado e não a simples fragmentação do sujeito a objetos, coisas ou doenças. Ela reconhece a individualidade de cada sujeito, o que exige de cada profissional de saúde um exame permanente dos próprios conceitos, conhecimentos e limitações. Os dispositivos para a Clínica Ampliada buscam considerar a complexidade do sujeito e do processo de adoecimento, pressupondo um trabalho em equipe e uma clínica interdisciplinar. Dessa forma entende-se que Clínica ampliada é: “um compromisso radical com o sujeito”, visto de modo singular; assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores através da intersetorialidade, reconhecer as limitações de cada núcleo profissional na saúde e da necessidade de buscar outros conhecimentos em diferentes áreas. Nesta linha de pensamento Brasil (2004) aponta que “a Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver.” Assim este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de rounds multiprofissionais, como dispositivo para a Clínica Ampliada de um Hospital Universitário da região central do Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência da realização de rounds multiprofissionais como dispositivo para a clínica ampliada em uma unidade de clínica cirúrgica, sendo realizadas discussões de casos de pacientes internados na clínica de cabeça e pescoço. Estes usuários são acometidos por neoplasias de cabeça e pescoço, sendo o tratamento cirúrgico ou conservador. O sujeito acometido por agravos neoplásicos, o que resulta muitas vezes, perdas de funções e mutilações, que se não houver uma atuação multiprofissional metódica, seu prognóstico poderá estar comprometido assim como sua qualidade de vida afetada. O traba-

Isto relatado emergiu de uma necessidade da unidade de internação cirúrgica deste hospital, fundamentada pela prática de debates proporcionada no decorrer da especialização de “Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS” promovida pelo Ministério da Saúde, a qual uma das preceptoras do Programa de Residência Multiprofissional participou.

RESULTADOS/DISSCUSSÕES

Na unidade de Clínica Cirúrgica são disponibilizados quatro leitos para a Clínica de Cabeça e Pescoço. Considerando-se que as cirurgias desta clínica, em sua maioria, são de grande porte e comprometem significativamente a vida do usuário, surgiu a necessidade de se colocar em prática essa nova abordagem. Além disso, um dos motivos para a escolha dessa clínica foi pela acessibilidade do médico residente em compreender a proposta da clínica ampliada e se dispor a integrar nosso grupo. Realizou-se a sensibilização dos profissionais do setor quanto a proposta de discutir os casos da referida clínica, buscando um olhar holístico na atenção a saúde destes usuários. Estas reuniões acontecem todas às quarta-feira na sala de educação em saúde do serviço, espaço criado para este fim, onde são discutidos, pela equipe multiprofissional todos os casos dos pacientes desta clínica internados na unidade cirúrgica. Sendo assim, foi proposta a seguinte metodologia: O diagnóstico do paciente é explanado juntamente com considerações pertinentes ao caso, e as discussões são interligadas pelos diversos saberes que compõem a equipe presente, sendo proposto um plano terapêutico de cuidados, baseado no planejamento integrado da equipe multiprofissional. A equipe multiprofissional tem sido composta por: Residentes do Programa de Residência Multiprofissional (Enfermeiro, Assistente Social, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Cirurgião Dentista), Residente Médico, Enfermeiros Fisioterapeuta, Nutricionista, e Técnicos de enfermagem que compõem a equipe permanente da unidade. A partir das discussões ocorridas todos os profissionais que atuam no serviço são “sensibilizados” para o cuidado integral e humanizado. Os problemas diagnosticados pela equi-

pe são compartilhados e todos atuam no processo de cuidar, sendo considerados tanto usuários como seus familiares, assim como o contexto social em que estão inseridos. O processo de alta hospitalar é centrado em sendo todos os saberes envolvidos no cuidado. Considera-se este um grande avanço no contexto de uma organização de saúde, visto a importância de uma visão holística por diversos saberes, interligando prática e teoria em um contexto que necessita um olhar diferenciado e humanizado. Na resolução dos casos e no processo de alta hospitalar faz-se referência as Unidades Básicas de Saúde e /ou atenção hospitalar, além de outros serviços de saúde que compõem a rede do cuidado. Feuerwerker e Cecílio (2007) apontam que a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede, uma vez que a “linha do cuidado” pensada de forma plena atravessa inúmeros serviços de saúde. A partir das discussões dos casos com a equipe, visualizamos o quanto a educação em saúde neste cenário faz-se necessária, uma vez que, os agravos gerados pela doença trazem consigo insegurança tanto por parte de usuário, como de seus cuidadores. Assim, alguns profissionais da equipe, enfermeira e fonoaudiólogas, iniciaram semanalmente um grupo com estes usuários no ambulatório, após a alta hospitalar. Campos (2003, p. 9) afirma que o trabalho dos profissionais e das organizações de saúde “deve apoiar os usuários para que ampliem sua capacidade de se pensar em um contexto social e cultural”. Assim, O grupo foi denominado “Educação e Cidadania: Empoderar para a qualidade de vida” e entendemos que esta que teve sua origem na unidade de internação cirúrgica com pacientes com agravos de cabeça e pescoço.

CONCLUSÕES

Esta experiência retrata o quanto a ousadia e iniciativa são fundamentais nos processos de mudanças para melhorar os processos de trabalho. Os usuários com agravos neoplásicos de cabeça e pescoço necessitam de uma atenção peculiar devido aos agravos causados pela própria doença e suas conseqüências. Porém, entendemos que os dispositivos para uma atenção integral ao sujeito, precisa

ser estendida as demais clínicas da unidade. Assim, ampliar este projeto as demais clínicas (Torácica, Vascular, Traumatologia, Urologia, dentre outras) constitui-se num desafio para a equipe multiprofissional. Segundo Brasil (2004) a Clínica Ampliada, tem como proposta ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores da saúde possam exercer e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial de cada núcleo profissional. Considerando que trata-se de um hospital universitário, esta iniciativa tem contribuído de forma significativa para formação dos acadêmicos que estão inseridos neste contexto. Dessa forma, os residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada têm contribuído de forma efetiva para que ocorram “movimentos” em busca de novos modelos de atenção a saúde, mais humanizados, efetivos e eficazes. Compreendemos que ainda há um longo caminho a ser percorrido, porém o primeiro passo foi dado, buscando romper com o modelo tradicional vigente e atuando para a efetivação de espaços coletivos, o que para nós constituiu um grande desafio na prática profissional em saúde. Na referida unidade, as reuniões de clínica ampliada têm contribuído significativamente para melhor comunicação entre a equipe multiprofissional, para maior resolutividade dos problemas levantados, e conseqüentemente para uma atenção mais humanizada e integral ao usuário, além de ser necessária para a efetivação dos princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

- BIRRER, J. A. **“DEVAGAR SE VAI AO LONGE”**: estratégias de gestão na implantação de novos modelos de fazer saúde em um hospital público do centro do Estado do Rio Grande do Sul. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa para certificação como Especialista em Gestão da Clínica com ênfase na atenção hospitalar. São Paulo, 2010
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. (Série B. Textos Básicos de 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** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BUSS, P. M. **Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003.
- CAMPOS, G. W. S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. *Olho Mágico*, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003
- FEUERWERKER, L.C.M, CECÍLIO, L.C.O. O Hospital e a formação em saúde: Desafios atuais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(4):965-971, 2007
- MARTINS, L.M.; FRANÇA, A.P.D. ; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Rev Latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, V. 4, n. 3, p. 5-18, dezembro de 1996.