

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ÉDEN DE FÁTIMA BOENO PAES

PROPOSTA DE TRATAMENTO HUMANIZADO PARA A ALTA HOSPITALAR NA
UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO HC/UFPR

Curitiba

2010

ÉDEN DE FÁTIMA BOENO PAES

PROPOSTA DE TRATAMENTO HUMANIZADO PARA A ALTA HOSPITALAR NA
UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO HC/UFPR

Trabalho de Conclusão de Curso para
obtenção do título de Especialista em Gestão
Pública da Universidade Federal do Paraná –
UFPR

Orientadora: Dra. Mariane Lemos Lourenço

CURITIBA

2010

RESUMO

Numa análise feita na UUEA, surgiu a perspectiva de modificar a gestão do cuidado dentro da unidade no que tange os pacientes acamados que ficam internados e neste contexto é possível ampliar a visão frente à prática humanizada que se relaciona diretamente á busca de um atendimento que de prioridade e suporte técnico no que se refere ao cuidado no pós alta.

Buscando trabalhar a parte que envolve a ansiedade do familiar em relação às questões, dificuldades que aparecerão no futuro.

Nós profissionais de saúde envolvidos neste espaço e co-responsáveis no atendimento, poder enquanto equipe multidisciplinar trazer a tona respostas as dúvidas que surgirão no período de internação, aproximando a comunidade do hospital, combinando uma pratica de cunho humanizado e participativo, beneficiando o paciente e abrindo espaço ao familiar cuidador, dentro do nosso espaço de trabalho, dando um salto de qualidade no atendimento, visando à melhoria continua dentro da unidade, podendo prestar uma assistência acreditada ao paciente, sendo este o objetivo do nosso trabalho. Esta proposta visa uma co-participação do profissional e da família. É poder dentro da questão humanização, poder acolher o outro, abrindo espaço para a democratização do conhecimento e o trabalho em parceria, auxiliando o técnico na execução das técnicas e aperfeiçoando- se nos cuidados.

Ficou claro nas entrevistas feitas dentro da unidade com a equipe de técnicos e enfermeiros a importância de mudar a maneira de tratar a gestão do cuidado, podendo dar ao paciente um cuidado integral e segurança ao cuidador após alta, esperando resultados positivos, evitando sequêlas pela falta do cuidado adequado.

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------------------|----|
| I.INTRODUÇÃO..... | 4 |
| a.Objetivos..... | 5 |
| b.Justificativas do Objetivo..... | 5 |
| c.Metodologia..... | 8 |
| b.Revisão Teórico-Empírica..... | 9 |
| c.A UFPR..... | 13 |
| a.Descrição Geral..... | 13 |
| b.Diagnóstico da situação..... | 14 |
| IV- PROPOSTA..... | 17 |
| a.Sistema ou subsistema proposto..... | 17 |
| b.Plano de implantação..... | 18 |
| c.Resultados esperados..... | 20 |
| V- CONCLUSÃO..... | 22 |
| VI- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 23 |
| VII- ANEXOS..... | 24 |

I. INTRODUÇÃO

Este trabalho visa à necessidade de implantar um projeto com uma proposta direcionada ao tratamento humanizado para a alta hospitalar na UUEA (Unidade de Urgência e Emergência Adulto).

Considerando a grande demanda de pacientes/clientes acamados dependentes de cuidados diretos na unidade, faz-se necessária a proposta de um tratamento humanizado, voltado à questão do cuidado no pós alta.

Considerando que o Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizado, com atendimento integral e com a participação da comunidade, assegurando a saúde como direito de todos e dever do Estado, compondo o tripé da seguridade social, juntamente com a assistência e previdência social.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas, que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação.” (Cap. II. Art. 196 – Constituição Federal).

O trabalho na saúde ao longo de décadas vem sofrendo transformações ímpares. Podemos destacar as mudanças no processo de trabalho na dinâmica cotidiana, desafios próprios do trabalho em equipe, das relações intersetoriais e da compreensão de fatores econômicos, sociais e políticos, que vem interferindo na produção de saúde.

O trabalho no SUS vem atuando na execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica e assistência integral.

A criação do SUS, centrado no processo de globalização segue centrado num processo flexível, repercutindo no campo da saúde, como mudanças gerenciais e organizacionais e inovações tecnológicas. Também a Resolução nº 330 de 04 de novembro de 2003, o documento tem como objetivo *“Contribuir para uma gestão de qualidade, que possibilite a valorização do trabalho no SUS, como instrumento essencial da atenção à saúde e à criação de vínculo dos trabalhadores com a população e os serviços de saúde pública.”*

Cabe destacar neste contexto a Política Nacional de Humanização como estratégia para o trabalho no SUS.

“O Ministério da Saúde tem reafirmado o HumanizaSUS, como política que atravessa as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde, englobando os diferentes níveis e dimensões da atuação e da gestão” (Brasil- Ministério da Saúde- HumanizaSUS–1ª ed., Brasília. 2009).

a. Objetivos

Geral: Prestar atendimento à família/cuidador, proporcionando esclarecimentos acerca da patologia, seqüelas, cuidados específicos, técnicas e manuseio do paciente após a alta.

Específicos: Oportunizar ao familiar/cuidador a possibilidade de treinar o cuidado dentro da unidade, desenvolvendo a habilidade, trabalhando junto com o técnico responsável no cuidado do paciente, para adquirir segurança no manejo das técnicas, como curativos, sondas, drenos, banhos, troca de decúbito, etc.

Promover a integração da família/cuidador dentro da unidade, apoiado pela equipe multidisciplinar de maneira humanizada, frente à problemática enfrentada.

Esta proposta visa uma co-participação, co-responsabilidade do profissional e da família.

É poder acolher ao outro, abrindo espaço para a democratização do conhecimento e o trabalho em parceria, auxiliando o técnico na execução das tarefas e aperfeiçoando-se nos cuidados.

b. Justificativas do Objetivo

Analisamos a Unidade de Urgência e Emergência Adulto do Hospital de Clínicas – UFPR, e vimos à necessidade de estabelecer novas perspectivas de trabalho.

Poder ancorar uma prática voltada às transformações do que ocorre no dia-a-dia da unidade, uma mudança implicada numa postura mais aberta, privilegiando a troca de experiências, onde se amplie o nosso espaço de

conhecimento e se estenda aos usuários, em benefício do paciente, sujeito do nosso cotidiano.

Dar ênfase a uma prática voltada e moldada na questão humanitária, capaz de transformar o que já está posto.

É um meio de dar oportunidade a uma nova práxis, que dê a todos os membros da equipe multidisciplinar e ao atendimento prestado um salto de qualidade, valorizando e estimulando a melhoria contínua dentro da unidade.

Melhoria contínua, requisito este voltado e direcionado à qualidade total, item relacionado ao objetivo do Hospital de Clínicas de prestar assistência de forma acreditada.

Neste contexto é possível ampliar a visão frente à prática humanizada que se relaciona diretamente à busca de um atendimento que priorize e dê suporte técnico no que se refere ao cuidado no pós alta.

É buscando trabalhar a parte que envolve a ansiedade do familiar em relação às questões, dificuldades que poderão se apresentar no futuro.

Somos todos nós profissionais da área de saúde envolvidos neste espaço e co-responsáveis no clareamento de muitas questões, podendo enquanto equipe multidisciplinar trazer a tona respostas às dúvidas que vão surgindo no período de internação.

É possível promover discussões aproximando a comunidade do hospital e aprimorando seus conhecimentos, numa reciprocidade de ideias, combinando uma prática de cunho humanizado e também participativo.

Este projeto de poder transformar e transmitir segurança ao cuidador é de suma importância no que tange o poder fazer em conjunto com o profissional onde o cuidador possa se sentir apto, evitando problema, desmistificando dúvidas.

É necessário deixar claro que após a alta hospitalar a família fica vulnerável no momento de enfrentar uma emergência, podendo trazer danos irreversíveis ao paciente ou consequência como: escaras de decúbito, bronco-aspiração em função do manuseio de sonda nasogástrica e nasoenteral. Evitar infecções urinárias ao manusear sondas urinárias vesicais de alívio e de demora e assim sucessivamente, dependendo de cada caso.

É em parceria caminhando com interesse coletivo que se pode avançar na perspectiva de humanizar, sair da fala e fazer verdade a prática que se deseja alcançar.

Todo o conceito de prática se situa no mesmo contexto, permeado pelo mesmo objetivo de dar conta da questão social que está posta diariamente, envolvendo todos os profissionais que integram este quadro que faz as políticas sociais e de saúde tornar-se realidade.

E direito de todo ser humano e dever do estado prestar assistência acreditada e total à população, longe de discriminação, isenta de preconceitos, resistindo aos interesses e obstáculos que se colocam e se expandem no decorrer da nossa caminhada.

Todo profissional deve agir de maneira ímpar e efetiva nas ações que realiza, priorizando a integridade do atendimento, se colocando junto na execução da gestão de fazer saúde, abandonando a prática estanque, fria por excelência e se interar na nossa ideia de participar, ensinar, aprender, contribuir, mediar, garantir os direitos do cidadão no cotidiano, revertendo em benefício próprio e de todos, construindo redes.

A construção de redes dinamiza a busca por um acesso igualitário dentro daquilo que se quer transformar, flexibilizando o cuidado, o acesso, inovando as ideias, abrindo um leque de oportunidades, onde seja possível a atuação de todos numa gestão coerente, humanitária e participativa.

A prática para ser considerada humanitária precisa ser integral, interativa, dinâmica, reflexiva, envolvente.

Podendo ser continuada com a assistência do Programa de Saúde da Família, desenvolvido pela Prefeitura Municipal de Curitiba, podendo se estender em redes onde a visita dos profissionais integrados neste contexto possa sanar dúvidas da família.

Estas são as ideias que norteiam e justificam esse projeto de trabalho humanizado, acolhedor e participativo na Unidade de Urgência e Emergência do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná/UFPR.

c. Metodologia

Método Geral: O Método Hipotético Dedutivo: Consiste na construção de conjecturas (hipóteses) que devem ser submetidas a testes, os mais diversos possíveis a crítica intersubjetiva, com controle mútuo pela discussão crítica, à publicidade e ao confronto com os fatos, para verificar-se quais são as hipóteses que persistem como válidas resistindo às tentativas de falseamento.

É um método de tentativa e eliminação de erros, que não leva à certeza, pois o conhecimento certo e demonstrável não é alcançado.

Tipo de Pesquisa: Pesquisa Qualitativa: A pesquisa qualitativa possibilita uma análise da realidade, explicar os processos, pois se preocupa com dados que não podem ser quantificados, trabalhando um universo de significados sobre os dados coletados, os quais são enfocados dentro da estrutura social.

Elegemos a pesquisa qualitativa para construção deste trabalho, pois nos permitirá buscar a riqueza dos dados coletados, uma vez que permite a retroalimentação em sua operacionalização.

Método Específico e Instrumento para Análise dos Dados: Análise de Conteúdo. Segundo BARDIN, 1977, *“Mensagens obscuras que exigem uma interpretação, mensagens com duplo sentido, cuja significação profunda só pode surgir depois de uma observação cuidadosa, ou de uma intuição carismática. Por detrás do discurso aparente, geralmente simbólico e polissêmico, esconde-se um sentido que convém desvendar.”* Com a finalidade de analisar dados subjetivos elegemos a análise de conteúdo que nos possibilitará compreender criticamente o sentido das comunicações, verbais e escritas, seus conteúdos e manifestações, possibilitando estudar os motivos e valores do universo pesquisado. Permitirá-nos ainda, responder as questões formuladas e a confirmação das formulações estabelecidas, ultrapassando as aparências reveladas através da comunicação. Ainda para BARDIN, 1977, *“A análise de conteúdo é um método empírico, dependente do tipo de “fala”, a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende com o objetivo.*

É um conjunto de técnicas, análise das comunicações, visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de

conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das variáveis inferidas destas mensagens”.

Técnica para Coleta de Dados: Entrevista semi-estruturada. A técnica utilizada para coleta de dados desta pesquisa será a entrevista semi-estruturada, onde o pesquisador através do estabelecimento de uma conversação amigável com o entrevistado busca levantar dados que possam ser utilizados na análise qualitativa, selecionando os aspectos mais relevantes.

b. Revisão Teórico-Empírica

Marco Teórico: Na tentativa de melhor entendermos as políticas sociais, vamos resgatar conceitos elaborados por Marco Antonio Coimbra no texto *Abordagens Sociais ao estudo das Políticas Sociais* da obra de Sergio Henrique Abranches, onde sintetiza política social como “... perspectiva preocupada com a sociedade e a mudança social em sentido direto e imediato, 1987, p.79.

Como conceituarmos políticas sociais em nosso contexto, hoje, preconizando a igualdade, ou seja, sem preconceito ou exclusão, garantindo um mínimo de subsistência à população que busca recursos, efetivos, porém subordinada aos interesses econômicos. Podemos entender como sendo política social, o atendimento ao indivíduo, família, no que se refere à saúde, à educação, à habitação, etc., destinado a todos e sem distinção. É entender que não pode ser separado o processo de expansão e de transformação da cidadania.

Políticas de Saúde: É imprescindível enfocarmos dentro das políticas sociais públicas, a política de saúde. Reportando-nos um pouco à história, os serviços de saúde no Brasil, acompanham a trajetória das atividades econômicas, com o crescimento econômico agro exportador, o Estado interveio no sentido de controlar as precárias condições de saúde e higiene dos portos, como foco de epidemias, prejudicando a exportação e a produção agrícola. O objetivo na época era criar condições mínimas, sanitárias e atacar as endemias, garantindo o comércio exterior e a mão-de-obra, mantendo a força de trabalho. Em 1920, foi em caráter de emergência que as brigadas militares combatiam a febre amarela e a malária.

Já em 1930, foi criado o ministério da saúde, educação, comércio e indústria, tendo a partir daí uma atenção política à saúde, passando a economia de agro-exportadora para urbano industrial, ficando o Estado como interventor nas políticas assistenciais.

Em 1945/1964, período conhecido como desenvolvimentista, a saúde passa a ser vista por outra ótica: como saúde curativa. Período onde era necessária a manutenção da reprodução da força de trabalho no governo de Juscelino Kubitschek de Oliveira, voltado ao desenvolvimento industrial, e entrada do capital estrangeiro.

Em 1964/1968, cria-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), para prestar assistência médica e de seguridade social.

Em meados de 75/80, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), num quadro caótico, palco de um regime militar engendrado nessa época.

Então na VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, em meio às pressões dos movimentos sociais, que colocaram um novo modelo voltado a atenção à saúde. Com representantes de várias áreas: profissionais de saúde, sindicatos, lideranças.

Institui-se o Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizado, com atendimento integral e com a participação da comunidade, assegurando a saúde como direito de todos e dever do Estado, compondo o tripé da seguridade social, juntamente com a assistência e previdência social.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas, que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação.” (Cap. II. Art. 196 – Constituição Federal).

O Sistema Único de Saúde – SUS, consolidado através da lei nº8080 e 8142, com o sistema único descentralizado de saúde, lei nº94657 de 20/07/87, fortalecendo a participação do Estado e municípios numa ação integrada.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define *saúde* não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social.

Nesse ínterim evidencia-se a Lei Orgânica da Saúde (LOS), fundamentada em princípios como integridade e igualdade da assistência à saúde, a participação da comunidade, a descentralização da política administrativa direcionada a cada esfera de governo, criação de fundo nacional, estadual e municipal de saúde.

Vale ressaltar a lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. Também a criação das conferências e conselhos de saúde.

A questão da saúde enquanto política pública vem acoplada no processo histórico das conjunturas sociais, compensando as transições que ocorrem no sistema capitalista. O caráter público não significa um atendimento seletivo e inoperante, uma vez que os direitos precisam ser incorporados. A população não pode apresentar-se conformada com políticas casuísticas e fragmentada, aceitando o processo como natural.

O trabalho na saúde ao longo de décadas vem sofrendo transformações ímpares. Podemos destacar as mudanças no processo de trabalho na dinâmica cotidiana, desafios próprios do trabalho em equipe, das relações intersetoriais e da compreensão de fatores econômicos, sociais e políticos, que vem interferindo na produção de saúde.

O trabalho no SUS vem atuando na execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica e assistência integral.

A criação do SUS, centrado no processo de globalização segue centrado num processo flexível, repercutindo no campo da saúde, como mudanças gerenciais e organizacionais e inovações tecnológicas. Também a Resolução nº 330 de 04 de novembro de 2003, o documento tem como objetivo *“Contribuir para uma gestão de qualidade, que possibilite a valorização do trabalho no SUS, como instrumento essencial da atenção à saúde e à criação de vínculo dos trabalhadores com a população e os serviços de saúde pública.”*

Cabe destacar neste contexto a Política Nacional de Humanização como estratégia para o trabalho no SUS.

“O Ministério da Saúde tem reafirmado o HumanizaSUS, como política que atravessa as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde,

englobando os diferentes níveis e dimensões da atuação e da gestão” (Brasil- Ministério da Saúde- HumanizaSUS–1ª ed., Brasília. 2009).

Humanização: Entendemos como prática humanizada/humanização, lançar um olhar amplo ao sujeito como um todo, participando do seu processo de produção de saúde em todos os ângulos que o envolvem.

A valorização do singular, dos sujeitos implicados nesse novo arranjo, como co-responsáveis, envolvidos num trabalho multidisciplinar, aberto, concreto com novas idéias, troca de experiências, saber ouvir os sujeitos e multiplicar esse trabalho em uma parceria de cunho coletivo, nos modos de produzir, refletir. A atuação, a gestão na atenção básica, podendo melhorar a qualidade do cuidado.

O Ministério da Saúde, através da política nacional de atenção básica – PNAB (2006) caracteriza este nível de atuação como um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a preservação de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da (Brasil - Ministério da Saúde - Humaniza SUS–1ª ed., Brasília. 2009 pág. 8).

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – UFPR vem trabalhando a questão da humanização em vários setores, incluída esta questão dentro da política de acreditação que trata da qualidade dentro do Hospital de Clínicas.

O atendimento humanizado se estende visando um atendimento mais humano, acolhedor, procurando dar respostas às questões pertinentes à patologia do cliente, angústias, anseios, podendo auxiliar com a equipe disciplinar as problemáticas a serem enfrentadas, priorizando as especialidades e a diversidade de cada caso. Nas relações de trabalho se coloca num espaço significativo de formulação de políticas públicas, ligadas ao âmbito hospitalar, apontando suas ações relacionadas às dimensões do cuidar e do viver humano. Estabelecendo e fomentando vínculos mais solidários e uma participação mais conjunta entre família/profissionais.

“A humanização é então considerada como processo de subjetivação, que se efetiva com a mudança nos modelos de atenção e de gestão de saúde,

isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde” (2009 Interface pág. 709)

Reforçando a integralidade das relações interativas entre os gestores, técnicos e usuários, onde gerir e cuidar passam a ser aspectos complementares.

Este aspecto humanizado voltado a uma prática profissional compartilhada constitui uma ação concreta na produção da saúde, fortalecendo as redes de atendimento, reposicionando os sujeitos dentro de sua própria história, onde é co-responsável pela sua saúde, em contraste a esse cotidiano marcado pelo individualismo, privilegia-se o trabalho coletivo dentro do ambiente hospitalar.

“De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida nos quais a questão de saber se pode pensar diferentemente do que se pensa, e receber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir (Foucault, 2003 pág. 13).

c. A UFPR

a. Descrição Geral

Na década seguinte veio a Primeira Guerra Mundial e com ela a recessão econômica e as primeiras dificuldades. Entre elas uma lei que determinava o fechamento das universidades, pois o Governo Federal não recebia bem as iniciativas surgidas de forma independente nos estados.

Era necessário então criar alternativas para evitar o fechamento da Universidade do Paraná. A forma encontrada na época para driblar a lei e continuar funcionando, foi desmembrar a Instituição em faculdades. Durante mais de trinta anos buscou-se novamente a restauração da Universidade, acontecida no início da década de 50, quando as faculdades foram reunidas e novamente foi formada a Universidade do Paraná. Para essa unificação foi fundamental o apoio da imprensa e da comunidade.

Restaurada a Universidade, a próxima batalha visou sua federalização. Na época o reitor Flávio Suplicy de Lacerda mobilizou as lideranças do Estado e em 1950 a Universidade do Paraná tornava-se uma instituição pública e gratuita.

Após a federalização, deu-se uma fase de expansão da Universidade. A construção do Hospital de Clínicas em 1953, do Complexo da Reitoria em 1958 e do Centro Politécnico em 1961 comprova a consolidação da instituição.

Após 95 anos de história, marcada por perseverança e resistência, a UFPR é, além de símbolo de Curitiba, a maior criação da cultura paranaense. Uma instituição fruto da audácia de seus criadores que se orgulha de ser a primeira do Brasil e ao mesmo tempo é orgulho para todos os paranaenses.

A Unidade de Urgência e Emergência Adulto – UUEA presta assistência hospitalar de urgência e emergência ao adulto, não resultante de trauma, ao paciente crítico, terciário e referendado, de forma humanizada e acreditada.

Com estrutura de Pronto Atendimento (PA), Centro de Terapia Intensiva (CTI), Centro de Terapia Semi-Intensiva (CTSI) e 48 leitos, centraliza suas atividades em uma linha de cuidados, em níveis crescentes de complexidade, a qual se inicia nos CMUM's (Centros Municipais de Urgências Médicas).

Boa Vista e Fazendinha, para os quais o HC é referência acordada no convênio UFPR/SMS (Secretaria Municipal da Saúde); no HC/UFPR, pacientes são referenciados ao PA - Emergência, com atendimento humanizado segundo os critérios de estratificação de risco, sendo encaminhados ao Centro de Terapia Semi-Intensiva, ou ao Centro de Terapia Intensiva, segundo sua complexidade e necessidade de assistência ventilatória, drogas vasoativas, em bomba infusora e outros recursos de alta complexidade.

Para aqueles pacientes que necessitem de investigação para elucidação diagnóstica em até 72 horas, ou de tempo para sua estabilização clínica, em os leitos do PA-Observação.

b. Diagnóstico da situação

A Unidade de Urgência/Emergência do Hospital de Clínicas trabalha com um procedimento operacional padrão onde está especificado todo o andamento

do trabalho (anexo) focando o olhar na gestão do cuidado dentro da UUEA, achamos importante colocar a situação atual.

A busca pelo cuidado surge para impulsionar a busca por inovações e criar vínculos, para transformar a própria assistência fornecida dentro da unidade, com uma perspectiva humanizada e um cuidado integral. Se tratando de uma unidade onde ficam internados pacientes com patologias que deixam possíveis seqüelas, faz-se necessário um cuidado direcionado, visando o preparo da família/cuidador para posteriormente atender às necessidades desse paciente dependente de cuidados diários no pós alta. Porém a orientação frente ao cuidado que será prestado é feita no momento da alta hospitalar, deixando vago esse aspecto do cuidar após o afastamento do hospital.

Este aspecto da gestão frente o cuidado dentro da unidade vem mais focada numa proposta de humanização, imbricada numa gestão hospitalar mais envolvida no processo de gestão da acreditação, prestando assistência mais dirigida, propondo um projeto para uma gestão mudando a atuação e atenção frente ao cuidado prestado dentro da unidade e ao familiar/cuidador.

Uma proposta de cuidado mútuo, durante o período de internação, tratando o paciente dependente com toda a equipe multidisciplinar e a atuação da família em todas as atividades que envolve o cuidado, mudando o que está posto e possibilitando um atendimento e cuidado humanizado, onde o familiar/cuidador saia com o paciente no momento da alta com segurança e capacidade para lidar com as tarefas que deverá executar no futuro, uma assistência em co-parceria com a comunidade, participando da recuperação do paciente, atender esse paciente em sua totalidade, construir o cuidado com integridade, familiar/cuidador-equipe.

É a construção do conhecimento acerca de uma nova gestão do cuidado dentro da UUEA.

Análise Geral dos Dados: Consideramos ao inferirmos a respeito das estruturas que constituem o nosso universo de pesquisa que a questão referente à gestão do cuidado executado dentro da UUEA, unidade de observação, está relacionada às determinações culturais, pois o cuidado prestado ao paciente está imbricado na prática do técnico de enfermagem, sendo que a

família/acompanhante traz claro que dentro da unidade hospitalar cabe à equipe de enfermagem executar esse cuidado.

Em se tratando de tratamento humanizado e em conjunto com os direitos do paciente, está a necessidade de alguém que o acompanhe.

Relacionado ao aspecto cultural está o forte determinante de que cabe à equipe técnica e multidisciplinar, acolher o familiar/cuidador e através de esclarecimentos fazer perceber a necessidade e a grande importância de fazer parte desse cuidado, fazendo acontecer o atendimento humanizado e fazendo da UUEA uma unidade para dar suporte necessário ao paciente após a alta hospitalar, pois, observar difere muito de praticar, de saber fazer, de saber cuidar.

É pela fala das entrevistas que realizamos que percebemos a aceitação da equipe frente à necessidade de mudar a gestão do cuidado e apoiar uma proposta que tenha foco no bem estar do paciente.

“... O paciente deve ser visto na sua integridade e o processo de cuidar requer uma atenção contínua...”

“... A orientação em um último momento não adianta, é necessário muito mais conhecimento...”

“... Para os pacientes é muito importante a família ser treinada para o cuidado...”

“Os acompanhantes precisam das orientações para cuidados em casa...”

“... Após a alta hospitalar o acompanhante/cuidador está apto a dar continuidade ao tratamento e cuidados...”

“... É o único momento de aprendizado para o acompanhante, que deverá ser implantado e aplicado obrigatoriamente...”

“... Vão ajudar muito para o bem estar do paciente aqui e na sua residência...”

“... A orientação de cuidado acarretará redução de posteriores danos...”

“... Alcança a excelência na assistência prestada ao paciente...”

Fica claro na fala dos entrevistados que 47,6% dos servidores técnicos da UUEA e 40% dos enfermeiros assistenciais concordam que há a necessidade de implantação de um projeto que dê conta de envolver o familiar/cuidador na execução das técnicas juntamente com a equipe de enfermagem.

Com um trabalho efetivo dentro de uma perspectiva educativo-informativa certamente surtirá resultados positivos se aplicados dentro de um projeto sério, responsáveis voltados à saúde pública, dando conta de cuidar do paciente, de suas seqüelas. Pois serem tratados com atenção, cuidado integral e integrado em redes, de forma humanizada, onde as equipes das unidades de saúde, hospital, família, possam se ajudar e dar melhores condições ao paciente acamado, aliviando o sofrimento, sendo tratado de maneira digna.

É preciso uma atividade consciente, pois entendemos que somente o indivíduo que tem acesso à informação e podendo participar deste contexto de cuidado, estando inserido nessa realidade com suas determinações e limitações, pode projetar-se e relacionar-se com essa realidade com seu cotidiano de vida e perceber que pode melhorar e transformar sua visão, dando um salto de qualidade, no cuidado com o paciente, entendendo que é possível garantir ao paciente o direito de ser bem cuidado.

IV- PROPOSTA

a. Sistema ou subsistema proposto

A Unidade de Urgência e Emergência Adulto do Hospital de Clínicas possui um POP (PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO), que norteia suas técnicas e como proceder dentro da unidade nas rotinas diárias.

É permitido ao paciente internado permanecer com um acompanhante durante o período de internamento se necessitar de cuidados diretos, e também de acordo com o art. 16 da Lei 10.741 de 01 de outubro de 2003, Estatuto do Idoso, *“Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico”* Alguns pacientes permanecem internados dentro da unidade e sofrem patologias que os tornam dependentes diretos da equipe de enfermagem e de seus familiares. Cabe a equipe de enfermagem prestar os cuidados aos pacientes dependentes, recebendo auxílio ou não da pessoa que os acompanha. Em determinados casos,

alguns pacientes após a alta necessitam de cuidados integrais em domicílio, cabendo então a família a responsabilidade de atendê-lo em suas necessidades.

Nas unidades de urgência e emergência a gestão do cuidado ao paciente se dá de maneira integral, ficando cada técnico responsável em seu turno de trabalho por um número determinado de pacientes, cabendo a ele executar as técnicas e proporcionar conforto e bem estar ao paciente até o momento da alta, onde segundo as normas padrão da unidade, cabe ao enfermeiro orientar no momento da alta a família/cuidador responsável pelo paciente dependente sobre os cuidados que o mesmo deverá receber após a alta.

A nossa proposta para a unidade entra nesse território do cuidado que se estenderá após a alta hospitalar, dando ênfase em preparar a família/cuidador durante o internamento e para o cuidado em casa, executando as técnicas e cuidados necessários em conjunto com a equipe de enfermagem.

b. Plano de implantação

Estratégias de Implantação: Contamos com o apoio da equipe multidisciplinar da unidade de urgência e emergência para em equipe apoiar e dar suporte a proposta de mudança na gestão do cuidado, a qual é formada por técnicos de enfermagem, enfermeiro assistencial, fisioterapeutas, nutricionista e assistente social.

Etapas:

-No momento da entrada na unidade como internado, todo o paciente que necessitar de cuidados diretos, sendo ele dependente em função de alguma patologia, será recebido pelo serviço social na enfermaria.

O acompanhante se dirige à sala do Serviço Social e orientado a respeito da rotina da unidade e da necessidade de ficar alguém acompanhando o mesmo, explicando a necessidade e as vantagens de um acompanhante junto à equipe de enfermagem na execução do cuidado. O paciente e sua família deverão indicar quem ficará como acompanhante do paciente.

-Em segundo passo após acomodar o paciente, o acompanhante passará a conhecer as rotinas da unidade.

-O acompanhante receberá da equipe médica esclarecimentos sobre a necessidade do internamento, sobre a patologia, podendo sanar dúvidas e podendo ter conhecimento das possíveis sequelas trazidas pela patologia do paciente, tempo estimado para o internamento e outros.

-O enfermeiro assistencial acolherá o familiar/cuidador dentro da unidade, o qual será responsável por orientar sobre as técnicas e cuidados e como será feito o cuidado, um momento para conversar e tirar as dúvidas e explicar que o cuidado é feito no decorrer do dia no leito do paciente, iniciando o banho conforme a rotina, acompanhando os exames, administração de dieta, troca de decúbito, etc.

Deixar claro que cuidar é estar com o paciente e aprender com a equipe de enfermagem como é feito.

-Atribuições de responsabilidades: A implantação deste projeto necessita da aprovação do colegiado da UUEA sendo de responsabilidade da coordenação da UUEA.

-Recursos necessários: Este projeto visa atender aos pacientes internados na unidade de urgência e emergência, sendo os cuidados executados com o auxílio da família/cuidador, utilizando os recursos existentes dentro da unidade para a execução dessas técnicas, não onerando os recursos já existentes, pois a proposta visa um atendimento humanizado e conta com os recursos humanos que fazem parte do quadro funcional da unidade e da participação da família.

-Recursos Financeiros: Os recursos utilizados dentro da UUEA são os recursos recebidos do MEC e Ministério da Saúde destinados e redistribuído ao Hospital de Clínicas.

-Recursos Humanos: Composto pela equipe multidisciplinar da UUEA , sendo desenvolvido pelos enfermeiros assistenciais e pela equipe técnica de enfermagem, durante os três turnos de trabalho da unidade. Com a participação do nutricionista para orientação acerca da dieta do paciente e do fisioterapeuta que orientará sobre os cuidados adequados ao paciente que podem ser realizados em domicílio.

-Recursos Materiais: Todo o cuidado destinado ao paciente dentro da unidade provém dos recursos recebidos pela UUEA, utilizados ao cuidado do paciente em sua rotina diária, não onerando o orçamento, pois, o projeto destinado à mudança na gestão do cuidado, está focado numa postura humanitária, proporcionando o

trabalho em parceria com a família/cuidador, criando redes de aprendizado mútuo, visando o bem estar do paciente durante o internamento e acolhimento da comunidade.

-Instalações: A UUEA está localizada no anexo D do Hospital de Clínicas, no primeiro pavimento, destinado ao internamento de pacientes, fica também neste pavimento a sala do Serviço Social e sala de reuniões.

Os cuidados aos pacientes dependentes são feitos em seus leitos, sendo sete em cada enfermaria, sendo duas enfermarias masculina, feminina. Cada leito dispõe de uma cortina box para preservar a privacidade do paciente.

A UUEA possui um quarto/leito separado destinado à pacientes em isolamento. Sendo executado o cuidado da mesma forma utilizando as precauções de cuidado.

O familiar/cuidador permanece ao lado do paciente, tendo direito a refeições como é de rotina na unidade.

c. Resultados esperados

Na maioria dos casos de patologias que acometem os pacientes e os torna dependentes de cuidados diretos, trazem uma desestruturação da rotina familiar, gerando muitas angústias, trazendo a tona a questão da responsabilidade do cuidar, acarretando problemas de ordem financeira, falta de experiência e medo de não saber cuidar.

É necessário esclarecer a família à importância de poder aprender a executar esse cuidado, de forma integrada poder se sentir seguro para após a alta ser responsável por esse cuidado, evidenciando que a segurança no cuidar pode evitar problemas futuros ao paciente e evitar futuros internamentos ocasionados por falta do cuidado correto. A execução de determinadas técnicas evita inúmeros agravos como úlceras de decúbito, bronco aspiração em casos de pacientes que recebem altas e são alimentados por sondas, infecções urinárias e muitas outras complicações que com a gestão do cuidado abrangendo o acompanhamento do paciente durante o internamento pode tornar a recuperação do paciente mais segura, dando suporte à família/cuidador a possibilidade de treinar o cuidado e

ser acolhido de maneira humanizada frente à problemática que irá enfrentar no futuro.

Em casos de a família apresentar resistência ao cuidado integrado dentro da unidade, cabe a equipe desmistificar que o cuidado do paciente não cabe somente a equipe técnica e que aprender a cuidador do paciente é essencial, prioritário ao futuro do paciente.

V- CONCLUSÃO

Ao propor este projeto a UUEA para preparar a família/cuidador para o cuidado do paciente dependente a pós a alta hospitalar, visa conscientizar toda a equipe multidisciplinar e familiar a respeito da importância do cuidado em casa e das possíveis complicações que podem ser evitadas, pois onde se sabe cuidar, pode-se proporcionar conforto ao paciente e evitar que o mesmo retorne muitas vezes ao hospital para reparar danos ocasionados em casa por falta de segurança e esclarecimento no cuidado, como infecções em úlceras de decúbito que aumentam e trazem infecções severas ao paciente e gastos ao hospital, pneumonias ocasionadas por broncas aspirações, acarretadas por administração de dietas sem o devido cuidado, infecções urinárias por falta de técnica asséptica no manuseio da sonda, entre tantos outros cuidados que são simples, porém essenciais ao bem estar do paciente.

A prefeitura da cidade de Curitiba executa um grande programa chamado saúde da família, fazendo visitas domiciliares, atendendo as famílias e assim sabendo quais famílias tem doentes dependentes em casa. Dessa forma podem-se criar redes que apóiam os pacientes/famílias, assegurando o seu direito integral a saúde.

VI- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRANCHES, Sérgio Henrique. Política Social e Combate à Pobreza. In: COIMBRA, Marco Antonio. Abordagens Sociais ao Estudo das Políticas Sociais, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.
2. AZEVEDO, Israel Melo. O Prazer da Produção Científica. 10ª ed. Hagnos. 2001.
3. BENEVIDES, R. Passos E. Humanização na Saúde: Um Novo Modismo? Interface – Comunicação. Saúde-Educação vol. 9, nº 17. Pág. 389-406. 2005.
4. FOULCAULT, M. Hermenêutica do Sujeito. São Paulo: Martins Fontes. 2004.
5. GOMES, Elba Cássia Boeno Paes. A Pseudo Opção da Mulher pela Maternidade: Um Estudo sobre a Prática do Serviço Social Junto ao Hospital de Clínicas na Construção de Uma Proposta de Planejamento Familiar. Pág. 30 (Monografia apresentada as Faculdades Integradas Espírita, Curso de Serviço Social, para obtenção do título de Assistente Social. Curitiba. 2008.
6. INTERFACE – Comunicação, Saúde, Educação Fundação UNI/UNESP, vol. 13. Supl. I. Botucatu/SP. 2009.
7. REVISTA, A Humanização e a Construção Política do Lugar de Sujeito no Processo Comunicacional. Ciência, Saúde Coletiva, vol. 9 pág. 15 -29 2004.
8. REVISTA, Ministério da Saúde-HumanizaSUS, Política Nacional de Humanização-Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atuação e Gestão de Todas as Esferas do SUS, Brasília. 2003.
9. REVISTA, s Contradições da Promoção à Saúde em Relação à Produção de Sujeito, e a Mudança Social. Ciência Saúde Coletiva, vol. 9 nº. 3. 2004.
10. SCHWARTZ. Y. A Abordagem Ergológica do Trabalho e sua Contribuição para a Pesquisa em Administração. Seminário Internacional de Administração 2003– Vitória/ES. Comunicação Oral. Vitória/ES: UFES. 2003.
11. Como Elaborar Projeto de Pesquisa: consulta: <http://www.carlosfernandes.prosaeverso.net/visualizar.php?id=661439> – Acesso em setembro/2010.

VII- ANEXOS

- 1-POP – Procedimento Operacional Padrão
- 2-Questionário utilizado no levantamento de dados
- 3-Coleta de dados
- 4-Histórico da UUEA
- 5-Termo de Consentimento
- 6-Numero de funcionários

Anexo 1- POP – Procedimento Operacional Padrão

| | |
|--|-------------|
| Procedimento Operacional Padrão POP – UUEA - n°019 | Folha 02/03 |
| Unidade Funcional/Serviço/seção Unidade de Urgência e Emergência Adulto | |
| Nome do Procedimento Planejamento da Alta Hospitalar para Pacientes Dependentes – Treinamento ao Cuidador | |

Objetivo do Procedimento

- Realizar orientações e treinamento junto ao paciente para que o cuidador possa adquirir conhecimento e segurança nas técnicas que irá realizar após a alta do paciente, visando colocar o cuidador inserido na realidade que vai enfrentar.
- Transmitir diariamente ao familiar/cuidador as técnicas de enfermagem para facilitar a execução e tratamento das tarefas.

Equipamentos e Materiais

- Enfermaria;
- Material didático;
- Material específico e necessário para cada paciente (aspirador, sondas, equínos para infusão de dieta, luvas de procedimento, luvas plásticas estéreis, seringas de 20 ml, gaze, etc.)

Procedimento

- Comunicar família da data provável da alta;
- Comunicar a equipe multidisciplinar;
- Trabalhar com o cuidador na prática de:
 - Banho de leito;
 - Trocas de decúbito e medidas de conforto;
 - Manuseio de sondas enteral e outras;
 - Troca de curativos;
 - Manejo de traqueostomia;
 - Oxigenoterapia;
 - Aspiração;
 - Administração de medicamentos;
 - Controle de glicemia capilar;
 - Realizar alta médica no sistema;
 - Entregar receituários;
 - Orientar encaminhamentos;
 - Acompanhar saída do paciente da unidade;
 - Realizar alta física e desbloquear leito no sistema.
- Transmitir segurança ao cuidador/familiar, visando o bem estar do paciente;
- Evitar possível bronco-aspiração no trato com dieta via sonda;
- Evitar infecção urinária;
- Integrar a comunidade com a equipe multidisciplinar do setor;
- Trabalhar dentro de uma perspectiva humanizada.

(Referências: Rotinas de Centro de Terapia Semi-Intensiva, CTSI- HC/UFPR)

Anexo 2 - Questionário utilizado no levantamento de dados

PERGUNTAS DIRIGIDAS A EQUIPE DE ENFERMAGEM

Nome

(iniciais): _____

Idade: _____

Gênero: Feminino () Masculino ()

1. VOCÊ CONCORDA COM A GESTÃO DO CUIDADO DENTRO DA UNIDADE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA?

() CONCORDO

Justifique sua resposta

() NÃO CONCORDO

Justifique sua resposta

2. A MANEIRA COMO É FEITA A ORIENTAÇÃO DO FAMILIAR/CUIDADOR, NO MOMENTO DA ALTA É SUFICIENTE PARA O MESMO EXECUTAR AS TÉCNICAS COM SEGURANÇA APÓS A ALTA?

() É SUFICIENTE? POR QUÊ?

() NÃO É SUFICIENTE?

POR QUÊ?

3. O QUE VOCÊ GOSTARIA QUE MUDASSE DENTRO DA UNIDADE EM RELAÇÃO À GESTÃO DO CUIDADO?

Resposta: _____

4. COMO VOCÊ VÊ O PAPEL DO ACOMPANHANTE/CUIDADOR DENTRO DA UNIDADE?

Resposta: _____

Anexo 3- Coleta de Dados – Entrevista Semi-estruturada

| Profissionais | Entrevistados | % | 100% |
|----------------------------------|----------------------|----------|-------------|
| Téc./Aux. de Enfermagem | 20 | 47,6 | 42 |
| Enfermeiros | 2 | 40,0 | 5 |
| Material (Capacidade laborativa) | 1 | - | 1 |
| Total | | | 48 |

Anexo 4 - Histórico da UUEA

Sensibilização – GIUF

- Discussão Serviços envolvidos linha cuidado paciente adulto em situação Urgência ou Emergência;
- Formação pré-colegiado com representantes, chefias médica e de enfermagem do PA Adulto, CTSI e CTI Adulto;

Indicação Gerente Implantação

Abril 2004

- Mudança para nova estrutura física;
- Implantação do Colegiado Gestor escolha dos membros por votação:
 - Representante cada Serviço
 - Supervisor Médico
 - Supervisor Enfermagem
 - Supervisor Administrativo
 - Gerente

2004 a 2005

- Participação de representantes da Equipe UUEA no curso de Formação Gerentes
- Implantação do Planejamento Estratégico com reuniões semanais do Colegiado Interno.

Dezembro 2005

- Assinatura do primeiro contrato de Gestão

Dezembro 2006

- Primeira Avaliação do contrato
- Metas atingidas = 100%
- Assinatura do termo aditivo
- Colegiado Interno quinzenal

Dezembro 2007

12/07/2007 Mudança do CTI Adulto para o anexo H

- Segunda Avaliação do contrato
 - Metas atingidas = 75%
- Assinatura de um novo contrato

Novembro 2008

- Terceira Avaliação do contrato
 - Metas atingidas = 80%
- Colegiado interno mensal

Anexo 5 - Termo de Consentimento

Termo de Consentimento Livre Esclarecido Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa. As informações existentes neste documento são para que você entenda os objetivos desta pesquisa e saiba que a sua participação é espontânea. Se durante a leitura deste documento houver alguma dúvida você deve fazer perguntas para que eu possa explicar-lhe tudo que desejar. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, solicitarei que assine este documento que apresenta-se em duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Este é um estudo sobre uma proposta de treinamento humanizado para alta hospitalar na Unidade de Urgência e Emergência do HC/UFPR. A pesquisadora é a aluna ÉDEN DE FÁTIMA BOENO PAES especializanda do Curso de Gestão Pública da Universidade Federal do Paraná - UFPR, sob orientação da Dra. Mariane lemos Lourenço.

O telefone para contato da pesquisadora responsável é (41)9254-8258.

Esta pesquisa tem por objetivo investigar a necessidade da implantação de um projeto para oportunizar ao familiar/cuidador a possibilidade de treinar o cuidado dentro da unidade de urgência e emergência e desenvolver a habilidade de trabalhar junto com o técnico responsável no cuidado do paciente para adquirir segurança na execução das técnicas que serão realizadas no pós alta.

Para a obtenção destas informações faz-se necessária a realização de entrevista com homens e mulheres da equipe de enfermagem do setor, que possam contribuir com a pesquisa. Caso aceite participar o(a) senhor(a) irá responder perguntas de um questionário e as entrevistas. Não haverá nenhum risco para o senhor(a) e o resultado da pesquisa pode beneficiar outras pessoas.

Caso você queira desistir de participar da pesquisa, poderá fazê-lo a qualquer tempo e no momento em que desejar sem nenhum prejuízo ou penalidades.

No decorrer da pesquisa, se você tiver alguma dúvida ou precise de alguma orientação a mais, utilize o telefone acima.

Você tem o compromisso dos pesquisadores de que a sua identidade será mantida em absoluto sigilo.

Após os esclarecimentos, solicito que assine a declaração abaixo:

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____
portador do RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo acima descrito como sujeito.

Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador ÉDEN DE FÁTIMA BOENO PAES sobre a pesquisa, os procedimentos nele envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Curitiba, __/__/__.

Assinatura do sujeito ou responsável

Assinatura do Pesquisador

Anexo 6 - Número de funcionários do PAE



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DO DA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO

Agosto/2010

EQUIPE MÉDICA

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO ADULTO CLÍNICO

| | Nº Atual |
|-------------------------------------|----------|
| Médico Clínico Diarista | 1 |
| Médico Plantonista | 13 |
| Médico Plantonista (Cobert. férias) | 0 |
| Total | 14 |

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO ADULTO CIRÚRGICO

| | Nº Atual |
|-------------------------------------|----------|
| Médico Cirurgião Diarista | 1 |
| Médico Plantonista | 10 |
| Médico Plantonista (cobert. férias) | 0 |
| Total | 11 |

EQUIPE ADMINISTRATIVA

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO ADULTO

| | Nº Atual |
|------------------------|----------|
| Auxiliar de Escritório | 6 |
| Total | 6 |

EQUIPE DE ENFERMAGEM

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO ADULTO

| Situação Atual | Nº Atual |
|----------------------------------|----------|
| Enfermeiro | 5 |
| Téc./Aux. de Enfermagem | 42 |
| Material (Capacidade laborativa) | 1 |
| Total | 48 |