



Laniele Cristina Muniz

Relato da Experiência:

Visita Multidisciplinar a pacientes em leitos de internação clínica do Hospital Infantil João
Paulo II / Fundação Hospitalar de Minas Gerais

Belo Horizonte

2018

Laniele Cristina Muniz

Relato da Experiência:

Visita Multidisciplinar a pacientes em leitos de internação clínica do Hospital Infantil João Paulo II / Fundação Hospitalar de Minas Gerais

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Pós Graduação Lato Sensu em Saúde Pública, da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Anísia Valéria Chaves e Silva

Belo Horizonte

2018

M966r	<p>Muniz, Laniele Cristina. Relato de experiência: visita multidisciplinar a pacientes em leitos de internação clínica do Hospital Infantil João Paulo II/Fundação Hospitalar de Minas Gerais. / Laniele Cristina Muniz. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2018.</p> <p>50 p.</p> <p>Orientador(a): Anísia Valéria Chaves e Silva.</p> <p>Monografia (Especialização) em Saúde Pública.</p> <p>Inclui bibliografia.</p> <p>1. Visita multidisciplinar. 2. Cuidados em saúde. 3. Integralidade. 4. Comunicação em saúde. I. Silva, Anísia Valéria Chaves e. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">NLM WX 162.5</p>
-------	---

Laniele Cristina Muniz

Relato da Experiência:

Visita Multidisciplinar a pacientes em leitos de internação clínica do Hospital Infantil João Paulo II / Fundação Hospitalar de Minas Gerais

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Pós Graduação Lato Sensu em Saúde Pública, da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Especialista em Saúde Pública.

Aprovado em: 15 de Junho de 2018

Banca examinadora:

Orientadora: Anísia Valéria Chaves e Silva - Mestre em Educação

Avaliadora Elizabeth Iracy Alves Leite

Avaliador Ana Regina Machado

Belo Horizonte

2018

Dedico este trabalho de conclusão de curso, a Leonardo, Rafael e Vitor por serem meu porto seguro, meu tudo! Dedico também aos meus pais e irmãs pelo apoio e incentivo dedicados em todos os momentos de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos do meu lar que sem medidas de esforço me apoiaram para vencer os limites do tempo, pois voltar ao banco da escola, ler e escrever só foi possível com muito amor e carinho ao meu redor.

Aos colegas de equipe e aos gestores dos HIJPII, que confiaram no meu trabalho e tornaram possível essa experiência que transformou meu olhar sobre os cuidados em saúde e minha práxis diária como trabalhadora do SUS e sanitária.

Aos pacientes e familiares do HIJPII / FHEMIG que nos ensinam diariamente sobre como podemos buscar novas formas de produzirmos cuidados em saúde juntos, como uma grande equipe.

“Se pensamos o hospital como uma estação pela qual circulam os mais variados tipos de pessoas, portadoras das mais diferentes necessidades, em diferentes momentos de suas vidas singulares, podemos imaginar ainda outras formas de trabalhar a integralidade.”

(CECILIO & MEHRY, 2003, p.6)

RESUMO

Esse estudo apresenta uma experiência da coordenação do cuidado na gestão clínica do Hospital Infantil João Paulo II / Fundação Hospitalar de Minas Gerais (HIJPII / FHEMIG), que tem no Projeto da Visita Multidisciplinar uma estratégia que visa melhorias na qualidade da assistência na Unidade de Clínica Médica. Esse trabalho tem o objetivo geral de analisar a experiência da Visita Multidisciplinar a pacientes em leitos de internação clínica do HIJPII / FHEMIG. O relato demonstra que a Visita Multidisciplinar é uma importante estratégia de coordenação do cuidado no HIJPII / FHEMIG. Para a elaboração deste relato de experiência foram utilizados quatro referenciais teóricos relativos a Visita Multidisciplinar, Cuidado em Saúde Centrado no Paciente, Educação Permanente em Saúde e Comunicação em Saúde, além das diretrizes do SUS para a assistência hospitalar e das reflexões sobre o cotidiano das práticas assistenciais no HIJPII / FHEMIG. A experiência da visita multidisciplinar foi realizada a partir das etapas de implantação, consolidação e ampliação, no período de 19 meses, de maio de 2016 a dezembro de 2017. Em cada uma das etapas citadas foram utilizados os quatro referenciais teóricos já descritos, constituindo-se na metodologia utilizada para a elaboração deste estudo. A experiência relatada permite afirmar que a Visita Multidisciplinar realizada na Unidade de Clínica Médica pode otimizar os recursos assistenciais disponíveis na unidade hospitalar, assim como, a integração com a Rede de Assistência à Saúde (RAS). Favorece também ganhos na comunicação para a integralidade do cuidado. Essa experiência pode servir para nortear outras instituições hospitalares na construção de um trabalho multidisciplinar para pacientes internados.

Palavras chaves: Visita Multidisciplinar, Cuidados em Saúde, Integralidade, Comunicação em Saúde.

ABSTRACT

This study presents an experience of care coordination in the clinical management of the Hospital Infantil João Paulo II / Hospital Foundation of Minas Gerais (HIJPII / FHEMIG), which has in the Multidisciplinary Visitation Project a strategy that aims the care quality improvement in the Medical Clinical Unit. This work has the general objective of analyzing the Multidisciplinary Visit experience to patients in HIJPII / FHEMIG clinical hospitalization beds. The report demonstrates that the Multidisciplinary Visit is an important strategy of coordinating care in HIJPII / FHEMIG. For the elaboration of this experience report, four theoretical references were used: Multidisciplinary Visit, Patient-Centered Health Care, Permanent Education in Health and Communication in Health, as well as SUS guidelines for hospital care and reflections on daily practices assistance at HIJPII / FHEMIG. The experience of the multidisciplinary visit was carried out from the implantation, consolidation and expansion stages, in the period of 19 months, from May 2016 to December 2017. In each of the mentioned stages the four theoretical references already described were used, based on the methodology used for the preparation of this study. The experience reported allows us to affirm that the Multidisciplinary Visit performed at the Medical Clinical Unit can optimize the healthcare resources available at the hospital unit, as well as the integration with the Health Care Network. It also promotes communication gains for the integrality of care. This experience may serve to guide other hospital institutions in the construction of multidisciplinary work for inpatients.

Keywords: Multidisciplinary Visit, Health Care, Integrality, Health Communication.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CID	Código Internacional das Doenças
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DF	Distrito Federal
EPS	Educação Permanente em Saúde
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GM	Gabinete do Ministro
MEC	Ministério da Educação
MG	Minas Gerais
NEP	Núcleo de Ensino e Pesquisa
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional da Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNSP	Plano Nacional de Segurança do Paciente
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. MARCOS TEÓRICO-CONCEITUAIS	15
2.1 Conceituação de Visita Multidisciplinar	15
2.2 Visita multidisciplinar como estratégia de cuidado centrado em saúde no paciente	16
2.3 Visita multidisciplinar como estratégia de educação permanente em saúde	18
2.4 Visita multidisciplinar como estratégia de comunicação	19
2.4.1 Comunicação entre profissionais de equipe e entre profissionais e usuário	19
2.4.2 Comunicação como estratégia de segurança do paciente	21
3. OBJETIVOS	23
4. METODOLOGIA	24
5. DESENVOLVIMENTO	26
5.1 Fases da Experiência	26
5.1.1 Fase de Implantação da Visita Multidisciplinar	26
5.1.2 Fase de Consolidação da Visita Multidisciplinar	28
5.1.3 Fase de Ampliação da Visita Multidisciplinar	30
5.2 Resultados e desafios do Projeto de Visita Multidisciplinar	33
5.3 Avanços e aprendizados na Visita Multidisciplinar	35
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
7. REFERÊNCIAS	42
8. ANEXOS	47
8.1 Anexo 1	47

1. INTRODUÇÃO

Este estudo apresenta uma experiência da coordenação do cuidado na gestão clínica do Hospital Infantil João Paulo II / Fundação Hospitalar de Minas Gerais (HIJPII / FHEMIG). A gestão clínica desse hospital envolve vários profissionais da Equipe Multidisciplinar, que tem no Projeto de implementação da Visita Multidisciplinar uma estratégia para produzir melhorias na qualidade da assistência na Unidade de Clínica Médica do HIJPII /FHEMIG.

O Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII) é um Hospital público da administração indireta da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, pertencente à Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), localizado no município de Belo Horizonte. A FHEMIG é composta de 20 unidades assistenciais de saúde distribuídas no Estado, consideradas referências na atenção hospitalar em Minas Gerais.

Por ser o único hospital do Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Metropolitana de Belo Horizonte exclusivamente pediátrico, o HIJPII possui grande importância para a saúde pública Estadual. Além disso, ele tem a maior retaguarda de internação pediátrica do Estado de Minas Gerais, com 157 leitos, sendo referência para todo o Estado na assistência a casos complexos e raros (PORTAL AGÊNCIA MINAS GERAIS, 2018).

Este hospital também se constitui como importante referência para as macrorregiões de Minas Gerais como Unidade especializada para o diagnóstico e tratamento de doenças infectocontagiosas e doenças complexas na saúde da criança e do adolescente em linhas de cuidado de programas, como: fibrose cística, doenças neuromuscular, alergia alimentar, atenção integrada de pacientes gastrostomizados e de pacientes traqueostomizados, autismo, paralisia cerebral, síndrome nefrótica, diabetes, mucopolissacaridose, entre outros (MACIEL, MESQUITA & SILVA, 2014).

Além da internação hospitalar, o HIJPII também conta com o Ambulatório de Doenças Complexas e o Programa de Assistência Domiciliar, serviço o qual foi pioneiro no Estado de Minas Gerais e um dos primeiros no Brasil a implementar o acompanhamento em domicílio para pacientes em ventilação mecânica invasiva e não invasiva (MACIEL, 2007).

Devido a complexidade de ser uma um hospital infantil, onde os acompanhantes permanecem junto com o paciente durante todo o período de internação, o HIJPII / FHEMIG possuía o desafio de organizar o cuidado centrado na família na Unidade de Internação. Além

disso, a equipe multidisciplinar extensa composta por médicos, enfermeiros e vários outros profissionais da saúde realizava o cuidado de forma fragmentada e muitas vezes com sobreposições de ações e/ou a ausência de ações determinantes para o planejamento da alta hospitalar de casos de maior complexidade ou fragilidade social. Por fim, muitos conflitos entre profissionais da equipe e entre acompanhantes de pacientes e profissionais da equipe ocorriam por ausência de uma cultura institucional que valorizasse o diálogo no planejamento terapêutico.

Desta forma, em 2015 a Diretoria do Hospital Infantil estabeleceu como meta a criação e implementação da Corrida de Leito da Unidade de Internação e realizada com a participação dos profissionais da equipe multidisciplinar, pacientes/familiares e gestores da Unidade de Clínica Médica.

A realização de Corridas de Leito seria a primeira adequação de várias que se seguiram para a melhora da qualidade assistencial através da gestão clínica. De acordo Pacheco e Gomes (2016), a gestão clínica é uma forma de organização de atenção à saúde que aperfeiçoa o trabalho dos profissionais e dos recursos buscando autonomia e corresponsabilidade nos cuidados em saúde.

Foi pensando nesse desafio de implementar uma ferramenta estratégica para a dimensão hospitalar, que em 2016 o HIJPII iniciou o seu Projeto de Visita Multidisciplinar, nome escolhido para o momento de discussão das metas do tratamento dos pacientes, ao pé do leito, na Unidade de Internação Clínica. Este processo de trabalho hospitalar é uma importante estratégia de comunicação e coordenação dos cuidados em várias especialidades e da corresponsabilidade do paciente (GURSES & XIAO, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017), os cuidados em saúde têm passado por mudanças e visam a superação dos desafios para garantir maior segurança ao paciente, assim como, promover melhorias na qualidade assistencial. Em 2004, a (OMS), lançou o Programa Paciente Seguro, que visa o estabelecimento de medidas para prevenir os riscos assistenciais no Cuidado Hospitalar (BRASIL, 2014).

Nas últimas décadas, as políticas públicas de saúde do Brasil seguiram essa lógica e muitos foram as Políticas, Programas e Planos criados para tornar a assistência hospitalar mais eficaz e segura. Neste estudo, são apresentadas legislações que fundamentam o Projeto

de Visita Multidisciplinar na Unidade de Internação do HIJPII. As legislações selecionadas são:

1. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (BRASIL, 2001) - PNHAH;
2. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007) - PNEPS ;
3. Política Nacional de Humanização / HumanizaSUS (BRASIL, 2008) - PNH;
4. Política Nacional de Atenção Hospitalar (BRASIL, 2013) - PNHOSP;
5. Plano Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013) - PNSP .

Aqui, cabe ressaltar a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), que traz como um de seus princípios o modelo de atenção centrado no cuidado humanizado e interdisciplinar (BRASIL, 2013). Dentre as diretrizes da PNHOSP estão o trabalho multidisciplinar para a Gestão Clínica, o plano terapêutico, a Clínica ampliada, o modelo de atenção centrado no cliente, a garantia da qualidade da atenção e a segurança do paciente (BRASIL, 2013). Assim, a PNHOSP institui na dimensão hospitalar os princípios com os quais este estudo pretende dialogar, tendo a utilização da Visita Multidisciplinar como uma importante ferramenta de gestão clínica.

O Projeto de Visita Multidisciplinar no HIJPII busca oferecer informações e construir estratégias para alcançar maior eficácia na cultura de segurança do paciente e na qualidade assistencial na Unidade de Clínica Médica. A estratégia utilizada é a ação de discussão da situação clínica dos pacientes ao pé do leito em conjunto com o paciente / família e a equipe multidisciplinar para a realização da decisão clínica compartilhada.

Ressalta-se que a Visita Multidisciplinar é uma ferramenta de gestão que atende o princípio da integralidade do cuidado, previsto na política do SUS, e que visa melhorar a qualidade do serviço hospitalar prestado ao usuário (BRASIL, 1990). O HIJPII /FHEMIG inova ao levar essa tecnologia ao atendimento do paciente na Unidade de Internação Clínica.

No Brasil, a Visita Multidisciplinar é uma prática difundida entre Unidades de Cuidado Intensivo e não em Unidades de Clínica Médica. O presente estudo foca o cuidado de pacientes em leitos de internação da Unidade de Clínica Médica do HIJPII / FHEMIG e na revisão da literatura realizada nenhum estudo foi encontrado sobre experiências como a relatada neste trabalho.

A autora deste estudo é graduada em terapia ocupacional e trabalha como coordenadora da Equipe Multiprofissional no HIJPII desde outubro de 2015 e dentre suas atribuições está o planejamento e coordenação de ações que de integração das diferentes áreas profissionais na melhoria da assistência integral ao paciente.

O presente trabalho trata-se de um Relato de Experiência, no qual a autora irá apresentar o Projeto de Visita Multidisciplinar a pacientes em leitos de internação clínica do HIJPII / FHEMIG como a uma estratégia de gestão do cuidado multidisciplinar.

2. MARCOS TEÓRICO-CONCEITUAIS

A construção de alguns conceitos que darão base a este trabalho são apresentados como marcos teórico-conceituais para melhor contextualização sobre o tema da Visita Multidisciplinar .

2.1 Conceituação de Visita Multidisciplinar

A Visita Multidisciplinar ou Round Multidisciplinar é considerada pela literatura como uma atividade clínica crítica para prover segurança ao paciente e alta qualidade assistencial durante o período de internação hospitalar (GURSES & XIAO, 2006). ““A realização de round multidisciplinar é importante para alinhar toda a equipe acerca das situações e ações necessárias, definindo tarefas específicas que deverão ser executadas até o dia seguinte”” (BRASIL, 2017, P. 29).

Essa atividade clínica é um momento objetivo de discussão das metas, que constitui o plano de cuidado multidisciplinar, que ocorre a beira do leito do paciente com a participação de todos os atores envolvidos: a equipe multidisciplinar, o paciente e, caso esteja presente, seu acompanhante (NICOLE REIMER ET. ALL, 2014). Os resultados positivos das Visitas Multidisciplinares costumam ser percebidos com satisfação pelos profissionais da equipe, pacientes e familiares, bem como apontam para melhora de indicadores de qualidade (NICOLE REIMER ET. ALL, 2014).

Além disto, as Visitas Multidisciplinares aproximam profissionais de diversas áreas da saúde, melhorando o atendimento ao paciente e trazendo maior agilidade na assistência, o que diminui o tempo de internação (BRASIL, 2017).

As recomendações do RCP & RCN (2012) para o desenvolvimento adequado da Visita Multidisciplinar em medicina são:

1. Possuir equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, terapeutas e profissionais de saúde aliados, os quais devem possuir tempo dedicado para participar, clareza sobre os papéis e responsabilidades individuais durante e após as corridas multidisciplinares;
2. Ocorrer no período da manhã, para existir tempo hábil para que tarefas sejam implementadas e/ou completadas no mesmo dia;

3. Estruturar a ação com preparação, programação e revisão após a corrida com divisão das tarefas;
4. Possuir a participação do paciente/familiares: preparar pacientes com antecedência e promover a tomada de decisão compartilhada;
5. Proteger pacientes vulneráveis, nestes casos deve-se evitar que a condução da corrida seja realizada por enfermeiros e médicos iniciantes para garantir que as necessidades sejam articuladas e contempladas;
6. Assegurar o envolvimento da enfermagem, compartilhar todas as decisões-chave no plano de cuidados e manter todos os envolvidos bem informados;
7. Utilizar um checklist seguro para evitar omissões e negligência a pontos importantes do cuidado;
8. Planejar a alta: fixar uma data para a alta e dar aos pacientes um plano detalhado sobre como gerenciar seus cuidados fora do hospital.

Dentre as concepções de Visita Multidisciplinar existentes, a modalidade de Discussão Centrada na família em pediatria foi a escolhida para a realização no HIJPII / FHEMIG, pois essa modalidade de ação envolve a total discussão e apresentação do caso na frente da família e do paciente, assim como, os envolve na tomada de decisão clínica (MITTAL, 2014).

Em sua análise sobre os benefícios dessa abordagem, Mittal (2014) enfatiza aspectos como: satisfação dos pais, comunicação, coordenação do cuidado, trabalho em equipe, educação para residentes e acadêmicos em formação, os quais têm a oportunidade de testemunhar profissionalismo, compaixão e respeito.

2.2 Visita multidisciplinar como estratégia de cuidado centrado em saúde no paciente

Em 2001, o Ministério da Saúde publicou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2001), que tem por objetivo desenvolver ações que visem melhorar a qualidade de assistência ao usuário e as condições de trabalho para os profissionais.

Através desse Programa, buscou-se humanizar o tratamento por meio do aprimoramento das relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade (BRASIL, 2001).

Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2008) – HumanizaSUS para incentivar as trocas solidárias de práticas de humanização em saúde entre gestores, trabalhadores e usuários. Desta forma, uma das diretrizes do PNH é a Clínica Ampliada, ou seja, a qualificação do diálogo de modo a possibilitar decisões compartilhadas que promovam a autonomia e a saúde dos usuários do SUS (BRASIL, 2008).

O hospital é um dos espaços da assistência à Saúde onde o paciente possui mínima autonomia e alta instabilidade clínica. Para Feuerwerker (2014), este é um momento importante para a construção da relação que será fundamental para a produção de um cuidado em saúde centrado nas expectativas do paciente.

(...) há uma expectativa de ser cuidado, de poder contar com trabalhador/equipe que o conheça ou venha a conhecer, que o escute, que se interesse, que o informe, que ajude a diminuir seu sofrimento, que tenha disposição e ferramentas para vincular-se e responsabilizar-se, juntamente com ele (usuário), pela construção de um plano de cuidados (FEUERWERKER, 2014, p. 50).

Para Collet & Rocha (2004), o ambiente hospitalar de internação pediátrica é um espaço com diversidade de trabalhadores da saúde, ou seja, profissionais com diferentes formações, posições hierárquicas e localizações na divisão do trabalho. Este contexto, somado a presença integral do acompanhante, têm desencadeado novas formas de organização do cuidado à criança internada. O envolvimento do acompanhante no Projeto Terapêutico é fundamental para a dinâmica das relações e assistência de qualidade à criança internada.

Assim, a produção do cuidado em saúde no ambiente hospitalar precisa de ferramentas que qualifiquem o cuidado para a troca, a escuta e a participação do usuário (COLLET & ROCHA 2004). Em suas reflexões sobre o cuidado centrado na família em pediatria, Cruz & Angelo (2011) ressaltam a importância do relacionamento de profissionais de saúde e familiares para a parceria, colaboração e negociação durante o período de internação hospitalar.

Nesse contexto, pacientes e famílias não são mais apenas participantes ativos do cuidado e do processo de decisão, mas também vistos como conselheiros e parceiros no ensino, melhora da qualidade e redesenho do sistema de cuidado em saúde (CRUZ & ANGELO, 2011, p. 864).

Segundo Cecilio & Merhy (2003), o cuidado em saúde no ambiente hospitalar é essencialmente multidisciplinar, pois depende da conjugação do trabalho de vários profissionais e trabalhadores da saúde. Entretanto, a integralidade do cuidado depende da gestão hospitalar para a coordenação do trabalho em equipe com foco em uma atuação mais solidária dos profissionais.

Para Malta & Merhy (2010), o investimento na melhoria da qualidade assistencial somente irá traduzir o cuidado centrado em saúde quando ocorrer:

...a participação dos trabalhadores como sujeitos do processo essencial e vital, abrindo espaços de escuta, participação, definição conjunta de espaços decisórios, adesão ao projeto de melhoria da qualidade assistencial que seja centrado nas necessidades do usuário e forte responsabilização institucional pelo processo (MALTA & MERHY, 2010, p. 599).

Desta forma, apenas a valorização da relação entre o profissional do SUS e do usuário irá promover o resgate da dimensão cuidadora, que valoriza o protagonismo do usuário como agente no processo de gestão da sua saúde em conjunto com a equipe para a desconstrução do modelo vigente e construção de um novo modelo mais eficiente (MERHY & FEUERWERKER, 2016).

Segundo Merhy & Feuerwerker (2016), somente um projeto terapêutico singular construído com o protagonismo do usuário favorece a adesão deste e aumenta a resolutividade dos cuidados em saúde.

O modelo de Visita Multidisciplinar centrada na família foi baseado no cuidado centrado no paciente. A principal diferença desse modelo para a corrida de leito tradicional é a participação ativa do paciente e/ou familiar na discussão. Neste contexto, o paciente / família e a equipe de profissionais trabalham de forma colaborativa para desenvolver um projeto terapêutico unificado. (SISTERHEN ET. ALL, 2007).

2.3 Visita multidisciplinar como estratégia de educação permanente em saúde

De acordo com o Ministério da saúde a educação permanente em saúde (EPS) é a somatória das práticas institucionais para melhorar a qualidade da assistência na saúde, comprometer a equipe com o seu processo de trabalho e com a comunidade, assim como, melhorar as relações nas equipes de trabalho (BRASIL, 2007).

A EPS deve se estruturar a partir de elementos concretos da realidade vivenciada e por meio da troca de experiências cotidianas dos atores envolvidos. Esta ação se baseia na valorização da aprendizagem no trabalho com o objetivo de desenvolver a educação para uma atuação crítica e reflexiva visando à integralidade da atenção (SARRETA, 2009).

Durante a Visita Multidisciplinar, ocorre o acolhimento aos múltiplos saberes dos participantes. A pluralidade de conhecimentos ganha sentido na construção do diálogo para a construção do cuidado em saúde, onde cada um é valorizado e chamado a assumir o seu papel como profissional ou usuário, sujeitos ativos na construção do Plano Terapêutico. (CECILIO & MEHRY, 2003).

A continuidade do aprendizado para produzir modificação no processo de trabalho da equipe envolvida no cuidado, assim como, a produção de sentidos a partir de uma prática significativa são importantes para a qualificação dos trabalhadores da saúde (CECILIO & MEHRY, 2003).

Segundo Feuerwerker (2014), as bases da educação permanente em saúde estão no âmbito da inovação, aonde o apoio institucional e a gestão das práticas de saúde, conduzem ao reconhecimento de que a saúde se produz em ato por aqueles que estão diretamente envolvidos no processo, trabalhadores e os usuários. A autora afirma que:

... é no espaço do trabalho vivo em ato que os trabalhadores reinventam, dia a dia, sua autonomia na produção dos atos de saúde. É nesse espaço, privado por excelência, que ocorre a relação intersubjetiva entre trabalhador e usuário, que se constrói e se reconstrói a liberdade de fazer as coisas de maneira que produzam sentido pelo menos para o trabalhador (FEUERWERKER, 2014, p. 96).

Associada a estratégia da EPS, a estratégia da comunicação será abordada a seguir.

2.4 Visita multidisciplinar como estratégia de comunicação

2.4.1 Comunicação entre profissionais de equipe e entre profissionais e usuário

Todos que possuem uma inserção no campo do trabalho em saúde possuem dificuldades que são próprias dessa prática, tanto no trabalho em equipe, como no trabalho direto com o usuário, pois este é um campo de trabalho complexo, no qual o encontro com o outro não está totalmente definido (MERHY & FEUERWERKER, 2016).

O encontro com um profissional atencioso, respeitoso e interessado em conhecer a história do usuário, suas dificuldades, crenças e competências para exercer o autocuidado, baseia-se na escuta sincera, na comunicação não violenta do profissional de saúde e no protagonismo de usuário (MERHY & FEUERWERKER, 2016).

Problemas na comunicação médico-paciente são comuns e dignos de atenção. Em termos gerais, as dificuldades de comunicação médico-paciente possuem sua origem em situações diferentes, como: problemas de diagnóstico, falta de envolvimento do paciente na discussão ou oferta inadequada de informação ao paciente por parte do médico (STEWART, 1995).

Em sua revisão da literatura sobre a comunicação efetiva entre médico e paciente, Stewart (1995) conclui que esta ferramenta de cuidado proporciona melhores resultados para a saúde do paciente, assim como, pode ser usada como base tanto para o processo de formação médica, quanto para programas de educação em saúde do paciente.

A boa comunicação da equipe de um hospital é essencial para a segurança do paciente, pois pode prevenir situações problema como falta de informações críticas para o processo de tratamento, interpretação incorreta de informações, solicitações pouco claras e mudanças de status de saúde negligenciadas (O'DANIEL, ROSENSTEIN, 2008).

Durante o período de internação hospitalar de 4 dias, um paciente pode interagir com 50 funcionários diferentes, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos e outros. A prática clínica eficaz envolve, portanto, muitos casos em que as informações críticas devem ser comunicadas com precisão (O'DANIEL, ROSENSTEIN, 2008, p.271).

Para melhorar a colaboração e a comunicação é necessário criar oportunidades para que a equipe hospitalar tenha a interação em grupos, os quais podem ser formais ou informais. Estas oportunidades são uma estratégia eficaz para incentivar o diálogo e discutir frequentemente os problemas relacionados a assistência, assim como, fornecer soluções para reduzir a ocorrência de eventos adversos (O'DANIEL, ROSENSTEIN, 2008).

A coordenação do cuidado busca através da gestão mais articulada das práticas cotidianas da equipe, estratégias de comunicação mais democráticas dos vários profissionais envolvidos no cuidado (CECILIO & MERHY, 2003).

O desenvolvimento de ações destinadas a promover competências de comunicação e mais empoderamento dos usuários está relacionado com maior consciencialização dos riscos e

motivação para a mudança de comportamentos. A comunicação efetiva entre equipe de saúde e usuários proporciona a facilitação de escolhas complexas em saúde, adaptação ao processo de adoecimento, comportamentos de adesão e de procura de cuidados em saúde, e por fim qualidade de vida (TEIXEIRA, 2004).

A Visita Multidisciplinar é um ação de comunicação estruturada centrada no paciente. Neste momento, o objetivo é a transmissão de informações para um plano terapêutico coeso. Com frequência, os resultados de uma Visita Multidisciplinar envolvem ações e informações que precisam ser repassadas a profissionais não presentes. A garantia em comunicar essas ações é uma das principais razões para a continuidade do cuidado percebido pelo paciente (RCP & RCN, 2012).

2.4.2 Comunicação como estratégia de segurança do paciente

A comunicação eficiente entre profissionais é considerada a chave para a cultura de segurança de pacientes agudos. O potencial risco de barreiras a comunicação sistematizada entre profissionais de saúde, principalmente médico e enfermeiro, pode ser minimizado através do investimento em processos de trabalho que favoreçam a boa comunicação (AMIN ET AL., 2012).

De acordo com a Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2013), o aperfeiçoamento das estratégias de comunicação interprofissional é objeto prioritário dentre as ações para a garantia da segurança do paciente nos serviços de saúde.

O tema segurança do paciente está entre os mais discutidos e essenciais para a qualidade e boas práticas assistenciais. A cultura de segurança do paciente envolve todos os atores inseridos no contexto hospitalar e dentre as principais atividades que favorecem a segurança do paciente está a discussão sistematizada da situação dos pacientes entre os profissionais de saúde (GURSE & XIAO, 2006). Para Amin et. al (2012), a corrida de leito tradicional apresenta uma oportunidade óbvia para garantir sistematicamente e coletivamente que os padrões adequados de cuidado individualizado sejam prestados aos pacientes durante o período de internação hospitalar.

A PNSP (BRASIL, 2013), reforça os conceitos de assistência segura e satisfatória, baseada no trabalho integrado entre gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS com enfoque multidisciplinar para a gestão de riscos (BRASIL, 2013). Assim, alguns dos

princípios que constituem a cultura de segurança do paciente são: a integração com todos processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais do serviços de saúde; a inclusão, a responsabilização e a sensibilização; e capacidade de reagir a mudanças para a promoção da redução da ocorrência de evento adverso na atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Nesta perspectiva, a realização de discussões ao pé do leito oferece aos profissionais e aos pacientes uma oportunidade de compartilhamento e esclarecimento de informações cruciais para a segurança do paciente (AMIN ET AL., 2012). Especialistas sugerem que o envolvimento da família no cuidado aumenta a segurança do paciente hospitalizado e discussões multidisciplinares centradas na família podem oferecer a oportunidade para todos participarem na recuperação de erros relacionados à assistência hospitalar (BENJAMIN ET ALL., 2015).

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Descrever a experiência da Visita Multidisciplinar a pacientes em leitos de internação clínica do HIJPII/FHEMIG, a partir de referenciais teóricos e reflexões sobre o cotidiano das práticas assistenciais.

Objetivos Específicos

Apresentar articulações entre diretrizes do Ministério da Saúde e a produção acadêmica que subsidiam a existência de um Projeto de Visita Multidisciplinar a pacientes em leitos de internação clínica do HIJPII;

Verificar como o Projeto de Visita Multidisciplinar a leitos de internação clínica do HIJPII contribui para a melhoria da segurança do paciente e para a qualidade da assistência hospitalar;

Analisar o Projeto de Visita Multidisciplinar a pacientes em leitos de internação clínica do HIJPII, buscando sistematizar essa experiência para a garantia da continuidade do cuidado.

4. METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de um relato de experiência referenciado numa abordagem qualitativa, que descreve e analisa a Visita Multidisciplinar como uma estratégia de coordenação do cuidado implementada no HIJPII/FHEMIG, situado à Alameda Ezequiel Dias, número 345, Centro, Município de Belo Horizonte - MG.

Essa abordagem qualitativa conforme Minayo (2014), busca compreender a lógica interna do HIJPII / FHEMIG com a equipe multidisciplinar, pacientes / familiares e gestores, na identificação de valores culturais e representações sobre suas histórias e os sentidos construídos durante a implementação dessa Visita.

A autora deste trabalho, participou do Projeto de Visita Multidisciplinar do HIJPII / FHEMIG desde sua concepção. Sua atuação nas fases de implantação, consolidação e ampliação ocorreu tanto na esfera da gestão e planejamento em conjunto com a Diretoria e demais gestores da Unidade de Internação, até a organização e realização cotidiana das Visitas Multidisciplinares na Unidade de Clínica Médica em conjunto com os profissionais da equipe e pacientes / familiares.

O local do HIJPII / FHEMIG escolhido para a realização do relato de experiência foi a Unidade de Internação Clínica, localizada no terceiro andar, composta por 76 leitos; dos quais 16 são reservados aos pacientes residentes, com mais de 90 dias de internação hospitalar, todos para pacientes em cuidados paliativos; e 60 leitos disponíveis para a clínica médica.

Os 16 leitos reservados aos pacientes residentes, o programa Cuidar – Cuidado Paliativo e Domiciliar, que visa a melhoria da qualidade de vida dos pacientes portadores de doenças graves e incuráveis internados no HIJPII, foi o espaço pioneiro na execução da discussão clínica dos pacientes realizada fora do ambiente das enfermarias. Sua metodologia funciona desde o início por meio dos rounds, realizados pela equipe para discutir cada caso e verificar a situação do paciente, e a melhor conduta a ser tomada até a transferência para a internação domiciliar.

Os 60 leitos disponíveis para a clínica médica são distribuídos em 12 enfermarias com 5 leitos cada uma. As enfermarias são divididas por critérios, como tamanho do leito e perfil do médico responsável pela assistência, pois muitos pediatras possuem outras especialidades, que auxiliam na condução do tratamento, como nefrologia, hematologia, infectologia, etc. O

Projeto de Visita Multidisciplinar descrito e analisado no presente estudo de caso ocorreu nas 12 enfermarias citadas.

O público alvo deste relato de experiência são todos os participantes da Visita Multidisciplinar, ou seja, os pacientes, seus familiares e os profissionais da equipe multiprofissional, que são: médicos assistentes, médicos residentes, enfermeiros supervisores, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e nutricionistas. Ressalta-se que os profissionais que compõem a equipe multiprofissional se modificaram ao longo do estudo.

5. DESENVOLVIMENTO

A experiência da visita multidisciplinar em enfermarias do HIJPII /FHEMIG, foi realizada a partir das etapas de implantação, consolidação e ampliação da Visita Multidisciplinar no período de 19 meses, de maio de 2016 a dezembro de 2017.

Este estudo discute as estratégias da coordenação do cuidado em cada uma destas etapas e mostra a evolução da equipe multidisciplinar na vivência da ação, através da análise realizada pelos profissionais no “I Workshop de Avaliação da Visita Multidisciplinar” realizado em dezembro de 2017. Por fim, o estudo apresenta as propostas para melhorias qualitativas no Projeto para o ano de 2018.

Abaixo as fases de implementação do Projeto de Visita Multidisciplinar serão apresentadas:

5.1 Fases da Experiência

5.1.1 Fase de Implantação da Visita Multidisciplinar

Em Outubro de 2015, a diretoria do HIJPII solicitou a gestão da Unidade de Internação que desenvolvesse um Projeto de Visita Multidisciplinar, a partir da proposta de realização de discussões interdisciplinares ao pé do leito do paciente, com a participação conjunta de profissionais, envolvendo o paciente e a família. O objetivo era criar condições para que a equipe pudesse analisar a situação dos pacientes internados, definir a melhor conduta a ser tomada, assim como, a previsão de alta. Cabe ressaltar, que a autora deste estudo assumiu a responsabilidade de encaminhar uma proposta para a implantação da Visita Multidisciplinar no HIJPII.

Após algumas tentativas de implantar um processo de discussão dos pacientes ao pé do leito, em maio de 2016 deu-se início ao Projeto de Visita Multidisciplinar da Unidade de Clínica Médica, situada na Unidade de Internação III do HIJPII.

Para o lançamento do Projeto, foi realizado um evento no Auditório I do HIJPII em que os diretores em conjunto com os gestores da Unidade de Internação apresentaram a proposta de uma atividade semanal de Visita Multidisciplinar aos pacientes nas Enfermarias

de Clínica Médica da Unidade de Internação. Nesse evento, foram apresentados todos os detalhes do Projeto para os profissionais da equipe assistencial da Unidade de Internação.

A ideia de realização de um Evento para marcar o início do Projeto teve o objetivo de favorecer sua implantação HIJPII, dentro da perspectiva dos conceitos de: Cuidado em Saúde Centrado no paciente; Comunicação em Saúde; Educação Permanente em Saúde; e Segurança do Paciente. Todos inseridos no âmbito da Gestão Clínica, conforme os preceitos do SUS (BRASIL, 2001) e da normatização da assistência hospitalar em saúde pública no Brasil (BRASIL, 2013).

Ao longo dos dois primeiros meses de implantação do Projeto de Visita Multidisciplinar, foi observada a adesão de profissionais das áreas de farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, pedagogia e da equipe do Centro de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH), a exceção da equipe médica e de enfermagem.

Como análise da causa raiz¹ das dificuldades para a adesão da equipe médica, a gestão da unidade de internação possuía a percepção de que os preceptores e residentes médicos priorizavam outras atividades da rotina hospitalar e demonstravam baixa crença nas possibilidades de melhoria que o trabalho interdisciplinar com outros profissionais da equipe assistencial poderia trazer aos pacientes.

Era comum a equipe assistencial chegar até o leito do paciente que estava programado para ser discutido e o preceptor médico e/ou o residente, responsáveis diretos pela internação, não estarem próximos ao local da discussão. Em outros momentos, não raros, os médicos estavam fora da Unidade de Internação. Em ambos os casos, a ausência dos médicos no local esperado fazia a equipe esperar até que fossem localizados, comprometendo o tempo determinado para realização da discussão ao pé do leito e alguns pacientes tinham que ser cancelados.

Por sua vez, para a análise da causa raiz da ausência de adesão dos enfermeiros, inicialmente, os gestores realizaram a escuta dos profissionais, que expressavam a fala de que estariam sobrecarregados, com excesso de processos de trabalho dentro da rotina de cuidados de enfermagem e supervisão dos técnicos de enfermagem.

¹ Análise de Causa Raiz consiste na investigação do problema e identificação da(s) sua(s) causa(s) raiz(es) para posterior tomada de ações corretivas (AGUIAR, 2014, P. 39)

A dificuldade inicial de adesão da equipe médica e de enfermagem foi o maior desafio para a implantação do Projeto da Visita Multidisciplinar, pois ambas possuem responsabilidades fundamentais para a Gestão Clínica e o cuidado em saúde do paciente internado (RCP & RCN, 2012).

Durante a realização da Visita Multidisciplinar, o médico responsável pelo paciente possui a responsabilidade de informar o resumo da história desse paciente, como patologia de base, evolução e tratamento instituídos, resultado de exames e dificuldades do caso. E o enfermeiro de informar sobre os cuidados de enfermagem, a pendência de algum exame ou alguma prescrição, evolução dos dados vitais, assim como, questionar sobre a possibilidade de retirada de algum dispositivo invasivo (RCP & RCN, 2012).

Apesar de ser essencial a presença dos profissionais médico e enfermeiro responsáveis pelo leito programado para a discussão na Visita Multidisciplinar, a garantia da presença dos enfermeiros não era assegurada.

Tanto a diretoria do HIJPII, quanto a gestão da Unidade de Internação compreendia que a ausência dos enfermeiros, descaracterizava os objetivos e desqualificava a realização da visita multidisciplinar. Entretanto, optar por suspender a realização devido a essa ausência seria um retrocesso enorme nos avanços obtidos com sua implantação na perspectiva da coordenação do cuidado.

A compreensão dos gestores era de que só existia um caminho a seguir e este deveria ser dar continuidade ao Projeto de Visita Multidisciplinar, com a melhoria de processos de trabalho, fluxos e tudo o que fosse necessário para garantir a participação dos enfermeiros durante a realização das Visitas Multidisciplinares.

5.1.2 Fase de Consolidação da Visita Multidisciplinar

A fase de consolidação da Visita Multidisciplinar ocorreu no segundo semestre de 2016, com a continuidade das discussões de pacientes ao pé do leito. Ao longo deste período muitos foram os desafios enfrentados para alinhar a participação da equipe médica e de enfermagem.

Ao longo do ano de 2016, a gerência da Unidade de Internação, a coordenação de enfermagem do HIJPII, a diretoria e os profissionais da equipe de enfermeiros construíram várias propostas de escala para melhorar a cobertura, assim como, buscaram melhorar os

processos de trabalho para a equipe de enfermeiros na Unidade de Internação, como exemplo foram reorganizados os fluxos de transporte de pacientes, admissão e alta hospitalar.

Os técnicos de enfermagem da Unidade de Clínica Médica também não participavam da Visita Multidisciplinar, geralmente, saíam para preparar alguma medicação, ficavam no corredor conversando ou na varanda. E, ao serem abordados e convidados pelo profissional organizador da Visita Multidisciplinar, respondiam que iriam participar, mas em seguida se retiravam da enfermaria. Aos poucos, essa realidade foi se modificando e alguns técnicos começaram a participar e demonstrar reconhecimento da importância de sua presença para a discussão interdisciplinar.

A fase de consolidação do Projeto de Visita Multidisciplinar se estendeu até o início do ano de 2017. Desde o início do processo de implantação do Projeto de Visita Multidisciplinar, o HIJPII pactuou o indicador de qualidade “Taxa de realização de discussão multiprofissional a beira leito” com meta de 90%. Além disto, o Projeto foi definido como uma das diretrizes do HIJPII em 2016 e 2017

Durante este período, a diretoria do HIJPII se demonstrou determinante para a continuidade do Projeto, inclusive com a presença nas Visitas Multidisciplinares do diretor clínico e do diretor do HIJPII, médicos e servidores da Instituição. A constante atuação de ambos em defesa da Visita Multidisciplinar demonstrou a todos, que a coordenação clínica e o trabalho interdisciplinar era prioridade na Instituição.

O apoio institucional para a consolidação do Projeto de Visita Multidisciplinar gerou muitas discussões sobre o tema em instâncias colegiadas, das quais algumas decisões a nível de gestão foram implementadas e são citadas abaixo:

1. Definição dos enfermeiros de referência para participar da Visita Multidisciplinar por enfermaria, com o objetivo de garantir a participação dos enfermeiros;
2. Participação da secretária da residência médica para organizar a ordem de participação dos residentes médicos, com o objetivo de garantir a adesão do médico responsável pela internação;

3. Participação de uma médica do Núcleo Interno de Regulação (NIR)²;
4. Ampliação do Projeto da Visita Multidisciplinar com a realização diária e uso do *KANBAN*³, como ferramenta de orientação para a inclusão dos pacientes;
5. Realização de reuniões da diretoria com os preceptores médicos para sensibilização em 2017.

A partir das ações acima citadas, a fase de consolidação da Visita Multidisciplinar foi concluída e houve a transição para a fase de ampliação.

5.1.3 Fase de Ampliação da Visita Multidisciplinar.

A fase de ampliação do Projeto de Visita Multidisciplinar teve início em março de 2017, quando a Visita Multidisciplinar que até então era realizada uma vez por semana passou a ocorrer de segunda-feira à sexta-feira.

Em março de 2017, o *KANBAN* foi implantado como a ferramenta, que serviria de elo para a gestão do cuidado e serviu também como marco para a expansão do Programa da Visita Multidisciplinar. No HIJPII /FHEMIG, o Kanban foi baseado na definição do tempo esperado de permanência dos pacientes pelo código de cada agravo à saúde na Classificação Internacional de Doenças (CID) para as principais linhas de cuidado do Hospital (fibrose cística, diabetes, doença falciforme e pneumologia) e o tempo médio de 7 dias de permanência para os demais diagnósticos.

Com o uso desta ferramenta, passou-se a definir os pacientes que seriam discutidos pelo tempo médio de permanência, sendo os que ultrapassassem o indicador de tempo médio de internação seriam incluídos na programação da Visita Multidisciplinar; a exceção dos pacientes das Linhas de Cuidado de Diabetes e Doença Falciforme, pois nestes casos seriam discutidos todos ao longo de todo o período de internação.

A opção de se discutir na Visita Multidisciplinar os pacientes com período de internação superior a média do HIJPII / FHEMIG e os pacientes das Linhas de Cuidados de

² O Núcleo Interno de Regulação é uma Unidade Técnico-Administrativa que possibilita monitoramento o paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar (BRASIL, 2017).

³ Kanban é um termo de origem japonesa e significa literalmente “cartão” ou “sinalização”. Em hospitais de urgência, seu uso foi implantado com o objetivo de otimizar o tempo de permanência e contribuir para a melhora no fluxo do paciente no âmbito hospitalar (MATTOS, 2016).

pacientes crônicos ocorreu em virtude da complexidade clínica, uma vez que, os pacientes com baixo período de internação possuem menor demanda clínica que envolva a profissionais de várias áreas diferentes para o cuidado em saúde durante o período de internação hospitalar.

Aqui, cabe ressaltar, que o tempo de permanência hospitalar é um importante indicador da qualidade assistencial e elemento fundamental para o planejamento interdisciplinar (BRASIL, 2017), por isto este parâmetro assistencial também foi utilizado na ampliação do Projeto de Visita Multidisciplinar.

Em julho de 2017, a equipe composta por profissionais das áreas de: fonoaudiologia, fisioterapia, pedagogia, psicologia, serviço social, terapia ocupacional e recreação hospitalar fizeram a Matriz SWOT⁴. Um aspecto analisado por todas as equipes como força para o trabalho interdisciplinar foi a Visita Multidisciplinar, que oferece:

1. Valorização ao trabalho de cada profissional;
2. Transparência do cuidado;
3. Envolvimento da família e, no caso das crianças maiores, do paciente também;
4. Maior assertividade na comunicação entre a equipe;
5. Importante lugar de troca e aprimoramento profissional;
6. Oferta de novas frentes de trabalho no planejamento terapêutico.

As equipes citadas mantiveram a adesão e participação na Visita Multidisciplinar, mesmo diante de problemas como déficits de Recursos Humanos em períodos de férias ou licenças médicas, as equipes priorizaram a participação neste momento de trabalho interdisciplinar.

Através da participação no Colegiado da Equipe Multiprofissional, na análise de indicadores e em reuniões com a coordenação, muitas foram as modificações em processos de trabalho e planos de contingenciamentos necessários para assegurar a prioridade da participação na Visita Multidisciplinar, a fim de assegurar, que todas equipes citadas pudessem garantir a participação nessa estratégia que modificou o trabalho sobreposto para o integrado durante a discussão dos pacientes com maior complexidade durante o período de internação hospitalar.

⁴ A Matriz SWOT é uma ferramenta administrativa que analisa e fornece informações estratégicas para o planejamento situacional, ponderando internamente os pontos fortes e fracos e oportunidades e ameaças do ambiente externo (LAMENHA & PATRÍCIO, 2014).

Por outro lado, a equipe do CCIH, das áreas de farmácia e nutrição não conseguiu manter a participação regular na Visita Multidisciplinar. A justificativa da causa raiz foram aspectos, como déficit de profissionais, redução de horas extras e licenças maternidades.

Ao longo de 2017, houve expressiva melhora na participação dos residentes médicos. A secretária do Programa de Residência Médica organizava a participação dos residentes. Ela avisava o residente sobre os pacientes que seriam discutidos ao pé do leito, e logo que a equipe estivesse em uma enfermaria próxima, eram chamados por ela para ficarem próximos. A partir desta articulação, a discussão por leito passou a ocorrer em tempo hábil durante a realização da Visita Multidisciplinar.

Apesar do avanço na organização dos residentes médicos para garantir a discussão dos pacientes, a participação dos enfermeiros ainda não estava assegurada. A presença dos enfermeiros no momento da Visita Multidisciplinar não era garantida. Ao longo de 2017, a gerente da Unidade de Internação, coordenadora de enfermagem e o diretor do HIJPII, fizeram reuniões periódicas com a equipe de enfermagem para acolher e dar resolutividade às queixas em parceria com a equipe.

Destas reuniões, no terceiro trimestre de 2017 saiu a proposta de que fosse buscado um formato de escala que garantisse a horizontalidade do planejamento dos cuidados de enfermagem com duas enfermeiras diaristas, que seriam responsáveis por organizar a Visita Multidisciplinar e garantir a representação dos enfermeiros durante a discussão dos pacientes na Visita Multidisciplinar.

Um fato importante de análise como fator causa raiz para a ausência dos enfermeiros na Visita Multidisciplinar foi o absenteísmo dos profissionais de enfermagem no HIJPII, que superava uma média de 22% ao mês. E este fato somado à parametrização da FHEMIG, que não acompanhava a evolução da área de enfermagem hospitalar na gestão clínica do paciente pediátrico, favoreceram para a sobrecarga de trabalho, acusada pelos profissionais como justificativa para a não adesão.

Desta forma, até o final de 2017, a equipe de enfermeiros ainda apresentava uma participação oscilante no momento da Visita Multidisciplinar, sendo que as duas enfermeiras diaristas citadas passaram a garantir a representação deste grupo profissional na discussão, que ganhou em qualidade e resolutividade do planejamento do cuidado até o momento da alta hospitalar dos pacientes discutidos.

5.2 Resultados e desafios do Projeto de Visita Multidisciplinar

Todos os avanços do Projeto da Visita Multidisciplinar foram marcados por muitos desafios e acompanhamento por meio da metodologia de análise crítica para desenvolver ações corretivas e modificações em processos de trabalho da equipe (AGUIAR, 2014, P. 39).

Em Julho de 2016, foi implantado um indicador para analisar o desempenho do Projeto de Visita Multidisciplinar. A partir da análise crítica do Indicador “Taxa de realização de discussão multiprofissional a beira leito”⁵, pôde-se observar a modificação do seu comportamento em 2016, ano da implantação e consolidação da Visita Multidisciplinar; para 2017, ano de ampliação, quando o indicador assume o comportamento mais próximo da meta. Este fato retrata o resultado eficaz das adequações realizadas ao processo de trabalho da Visita Multidisciplinar ao longo deste período.

Além disto, os resultados demonstraram que foi necessário criar condições para que este processo de trabalho ganhasse sentido para os seus atores (MERHY & FEUERKER, 2009), pois somente quando o HIJPII foi capaz de reestruturar a participação de profissionais em áreas chave para sua realização, tornaram-se possíveis os avanços do Projeto da Visita Multidisciplinar.

Ao longo, de 2017 muitos foram os desafios e as conquistas do Projeto da Visita Multidisciplinar. Assim, para avaliar sua evolução e adequações necessárias para 2018, a diretoria do HIJPII em conjunto com a equipe de gestores da Unidade de Internação e o Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) realizou em 14 de Dezembro de 2017 o “I Workshop de Avaliação da Visita Multidisciplinar: a gestão do cuidado multidisciplinar para a segurança do paciente”, o qual ocorreu no auditório I do HIJPII.

Para este evento foram convidados todos os profissionais que participam da Visita Multidisciplinar, coordenadores e responsáveis técnicos da área assistencial. Como proposta

⁵ Metodologia do Indicador “Taxa de realização de discussão multiprofissional a beira leito” em 2016 - As visitas multidisciplinares serão para pacientes com maior tempo de internação e para os pacientes crônicos. Serão realizadas em média 15 visitas semanais da equipe utilizando “check list”*; formulário de plano de cuidado multidisciplinar e plano de alta multidisciplinar. As visitas poderão ser ampliadas a medida que a prática for consolidando na Unidade.

Cálculo: N° de visitas realizadas / n° de visitas programadas no período x 100

Pontuação da meta: 100% total;

70-99%: resultado /meta;

<70%: zero

metodológica de trabalho, todos participaram da análise do contexto a partir de casos clínicos reais de pacientes que foram discutidos no momento da visita multidisciplinar. Além disso, os itens abaixo serviram de eixos norteadores para a discussão:

1. Coordenação do Cuidado: Kanban, Visita Multidisciplinar, Comunicação sobre o Leito, Fluxo de Altas;
2. Discussão dos casos clínicos dos pacientes ao pé do leito;
3. Objetivo e objetividade da Visita Multidisciplinar;
4. Resolutividade da Visita Multidisciplinar;
5. Forças e oportunidades da Visita Multidisciplinar.

Quadro 1 - Resumo da análise da Equipe Multidisciplinar no “I Workshop de Avaliação da Visita Multidisciplinar: a gestão do cuidado multidisciplinar para a segurança do paciente”

Dificuldades	Alta rotatividade de residentes médicos.
Necessidades	Modelos de trabalho que assegurem o aumento contínuo da qualidade das discussões.
Resultados	Mudança no comportamento da equipe multidisciplinar = produção sentido na prática profissional; Maior valorização dos profissionais; Realização de reuniões clínicas entre profissionais e muitas vezes com a participação de familiares como desfecho.

Fonte: elaborado pela autora, 2018

A partir da análise dos desafios realizada pela equipe e gestores no Workshop citado, pode-se perceber que os profissionais reconhecem os desafios para a melhoria deste projeto inserido na dimensão do cuidado em saúde, onde todos reconhecem seu papel como atores da Gestão do Cuidado interdisciplinar.

No momento de realização da Visita Multidisciplinar, a equipe pode decidir a necessidade de acompanhamento psicológico, mudança de medicação ou qualquer outra

associação de tratamentos que influenciam no quadro geral e fazem parte do plano terapêutico em conjunto com a família .

Para Merhy & Malta (2010), o objetivo é o ganho na assistência ao paciente, mas a forma que a equipe trabalha também tem o efeito reflexo de ampliar a integração, o conhecimento compartilhado e o entusiasmo da equipe e corroborando com essa ideia para O'Daniel & Rosenstein (2008) com a discussão de casos e com a rotina de planejamento todos crescem com o compartilhamento das informações .

O modelo de visita multidisciplinar desenvolvido no HIJPII / FHEMIG contempla a avaliação de: exames e procedimentos a serem realizados durante o dia, ajuste e medicação, plano de mobilização, controle nutricional, questões relacionadas às famílias, e metas a serem cumpridas ao longo do dia, conforme as recomendações do Royal College of Physicians & Royal College of Nursing (2012).

Uma dificuldade, apontada pela equipe como fator limitante foi a alta rotatividade de residentes médicos, pois da chegada até o reconhecimento do significado da Visita Multidisciplinar existe um tempo de aprendizado pelo profissional, que compromete tanto a qualidade das discussões, quanto o trabalho integrado das ações planejadas para após a visita multidisciplinar.

O HIJPII é um hospital de ensino, credenciado ao MEC e tem como dever formar profissionais de qualidade para o SUS. A experiência da Visita Multidisciplinar oferece para o profissional em formação o desenvolvimento de habilidades para o trabalho interdisciplinar. A prática da gestão clínica e da clínica centrada no paciente podem contribuir para profissionais mais preparados para o Cuidado Centrado no paciente dentro da perspectiva do PNHOSP (BRASIL, 2013) e do HumanizaSUS (BRASIL, 2003).

O desafio de integrar a participação de todos os residentes tanto médicos, como de outras profissões da saúde no Projeto da Visita Multidisciplinar é um desafio, que irá necessitar da contribuição de todos. A busca por modelos de trabalho que assegurem o aumento da qualidade das discussões, associado ao processo de educação permanente em saúde para todos os participantes, talvez, seja o maior legado deste Projeto.

5.3 Avanços e aprendizados na Visita Multidisciplinar

Desde a sua implantação, a Visita Multidisciplinar tem sido um momento crucial dentro da rotina de nossa unidade, contribuindo positivamente para a segurança e a qualidade da assistência hospitalar.

Por intermédio de ferramentas como a horizontalidade do cuidado, o sistema KANBAN e a Visita Multidisciplinar, a Gestão da Clínica no HIJPII / FHEMIG objetivou proporcionar mais agilidade nos processos de trabalho e menor tempo de internação hospitalar para o paciente.

Para Collet & Rocha (2004), a Gestão da Clínica busca melhorar a qualidade e a efetividade da atenção, uma vez que utiliza processos de trabalho inovadores. Segundo O'Daniel & Rosenstein (2008), a organização do cuidado em saúde dentro do hospital aumenta sua consistência, melhora a comunicação entre a equipe, além de diminuir a chance de erros.

A realização das Visitas Multidisciplinares facilitou a comunicação e promoveu o compartilhamento de conhecimentos entre profissionais de diversas áreas da saúde e os pacientes na perspectiva da EPS (BRASIL, 2007), pois consolida o contexto da modificação do processo de trabalho no âmbito coletivo na Unidade de Clínica Médica.

Além disso, foi observada a mudança no comportamento da equipe multidisciplinar que, à medida que, esta ação ganhou a produção sentido na prática profissional de cada um, ela foi empoderada e encontrou ressonância da transformação da rotina de profissionais de saúde e dos usuários.

Durante a Visita Multidisciplinar foi observado o empoderamento de todos os profissionais que fazem parte da equipe, com a descentralização do saber médico e a valorização de todos os profissionais, pois todos contribuem integralmente para o cuidado.

A trajetória da Visita Multidisciplinar no HIJPII ganhou força ao longo dos 19 meses relatados neste estudo, pois a continuidade do processo na rotina institucional auxiliou os profissionais a incorporarem esta ação a sua rotina de trabalhos, que acabou por se tornar significativa e a produzir sentido para uma atuação interdisciplinar da equipe com os usuários.

O processo de escuta do paciente / familiar também foi fortalecido. Em algumas ocasiões os familiares trouxeram a tona denúncias sobre eventos adversos ou não conformidades no momento da discussão ao pé do leito. Nessa perspectiva, percebe-se que o

posicionamento da equipe para o encontro, a troca e a escuta, favoreceu o empoderamento do usuário e das suas demandas.

Tornou-se comum a realização de reuniões clínicas entre profissionais e muitas vezes com a participação de familiares como desfecho de algumas discussões durante a Visita Multidisciplinar. Quando as fragilidades para o contexto da alta hospitalar eram diagnosticadas durante a Visita, a equipe assumia como forma de encaminhamento, a realização de reuniões para busca de soluções compartilhadas com as famílias.

Este desfecho proporcionou o fortalecimento da relação dos profissionais da equipe com as famílias e promoveu o resgate da dimensão cuidadora, com o protagonismo do usuário para uma produção do cuidado em saúde mais eficiente.

Com o aprimoramento das discussões no momento das Visitas Multidisciplinares e nos encaminhamentos após sua realização, foi percebido alguns desfechos significativos para a Coordenação do Cuidado. Aqui, será ressaltada a redução do tempo médio de internação dos pacientes da Linha de Cuidado⁶ da Doença Falciforme⁷.

Este desfecho foi escolhido, por que dentre outras variáveis para a Gestão Clínica, a reorganização da Linha de Cuidado da Doença Falciforme a partir da realização da Visita Multidisciplinar com uma médica hematologista e a equipe multidisciplinar com profissionais de referência para todos os pacientes internados, foi essencial para ações de articulação da RAS e outros equipamentos sociais para alta hospitalar mais segura e rápida.

Segundo Malta & Merhy (2010), as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), por serem doenças de longa duração, demandam intensa atuação de cuidadores, projetos terapêuticos adequados, acesso aos serviços e ações integradas da RAS para a caracterização da Linha de Cuidado.

Outro determinante da qualidade assistencial que chamou a atenção durante o período descrito neste estudo foi a queda gradativa do tempo médio de internação hospitalar dos pacientes com menos de 90 dias de internação.

⁶ Linha de Cuidado - representa um continuum assistencial para o estabelecimento de um percurso para o fluxo de assistência ao usuário, com o objetivo de integração dos diversos níveis de atenção do sistema de saúde, onde acesso e resolutividade são palavras-chave (MALTA & MERHY, 2010).

⁷ Doença Falciforme - é uma das doenças hereditárias mais prevalentes no Brasil, sobretudo nas regiões que receberam maciços contingentes de escravos africanos. É uma alteração genética, caracterizada por um tipo de hemoglobina mutante designada por hemoglobina S (ou Hb S) que provoca a distorção dos eritrócitos (PORTAL OPAS / OMS, 2018).

Se inicialmente, o mais comum era a equipe discutir o caso de pacientes com um período de internação superior há 1 mês na Instituição. Em dezembro de 2017, percebia-se que os pacientes com um período de internação entre 8 dias e 15 dias de internação tornaram-se a grande maioria, sendo observado cada vez menos observada a presença de pacientes com mais de 1 mês de internação hospitalar.

Sabe-se que outras variáveis da gestão do cuidado também influenciaram nesta mudança do tempo médio de internação, entretanto a Visita Multidisciplinar favorece a clínica ampliada, com a equipe multiprofissional na elaboração e discussão do projeto terapêutico do usuário na promoção da alta organizada, responsável e mais precoce (BRASIL, 2017)

Na Linha de Cuidado da Diabetes Mellitus⁸, a principal modificação ocorreu no treinamento da equipe assistencial e na melhora das práticas clínicas e treinamento dos pacientes e familiares, quanto à aplicação de insulina, cuidados no armazenamento e transporte de insumos, sinais e sintomas de alerta, orientações alimentares, articulação na rede de atenção básica e escolar, tudo conforme os cuidados preconizados pelo Ministério da Saúde aos pacientes com diabetes (BRASIL, 2006). Entretanto, a principal limitação encontrada pela equipe para a alta organizada destes pacientes foi o desabastecimento de insumos da atenção básica.

Apesar das premissas do PNHOSP (BRASIL, 2013), as quais propõem a integralidade do cuidado hospitalar, a cultura vigente dos profissionais de saúde ainda está pautada no modelo biomédico hierárquico, em que as práticas se sobrepõem e não se complementam para a produção do cuidado integral em saúde (MERHY & FEUERKER, 2009).

Na busca do gerenciamento clínico como caminho para se obter melhor desempenho do atendimento hospitalar ao usuário do SUS, o maior desafio do Projeto de Visita Multidisciplinar é criar e recriar uma prática interdisciplinar em que todos os saberes são respeitados e chamados a assumirem seu papel na construção de um cuidado em saúde dentro de um ambiente por tradição inserido no modelo biomédico.

⁸ Diabetes Mellitus - é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2018).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A autora como trabalhadora do SUS e profissional da assistência hospitalar que participou da implantação e implementação do Projeto de Visita Multidisciplinar considera que o uso de uma ferramenta de coordenação clínica, possibilitou a construção de uma rotina de trabalho em equipe que possibilitou a gestão clínica, onde os profissionais puderam incorporar em seu trabalho a produção de um cuidado em saúde ampliado.

Foi observado que a partir das práticas individuais do cuidado já realizado por cada um, a partir da Visita Multidisciplinar foi estruturada coletivamente um cuidado ampliado que proporcionou a integração das ações dos profissionais e a participação do paciente / família.

Nessa perspectiva do agir coletivo em saúde percebe-se que a comunicação efetiva é a chave para a segurança do paciente e a qualidade da assistência prestada ao usuário. Apesar desta estratégia fundamental para a construção de uma cultura de segurança do paciente, o trabalho em equipe na assistência hospitalar não garante a comunicação efetiva. Destaca-se que a experiência vivenciada no HIJPII / FHEMIG teve na Visita Multidisciplinar uma grande estratégia de comunicação para a melhoria da qualidade da assistência prestada no ambiente hospitalar.

Por outro lado, o modelo biomédico vigente na cultura hospitalar e na formação acadêmica, aponta para uma manutenção de hábitos oriundos de práticas já instituídas no âmbito hospitalar. Dentre essas práticas, podemos citar a não previsão da data de alta, a não participação do paciente na construção da alta hospitalar, assim como a responsabilidade de um único profissional desta equipe na consolidação dessa alta. No HIJPII / FHEMIG os avanços identificados no trabalho em equipe integrado revelam ruptura da hierarquia, evitando a sobreposição de ações. Desta forma, a valorização de um momento para a discussão dos casos dos pacientes demonstrou as possibilidades da equipe atuar de forma mais resolutiva para a construção de uma alta hospitalar mais segura.

A partir do trabalho realizado compreende-se que a Visita Multidisciplinar é uma estratégia de cuidado relevante, à medida que, os profissionais construíram para essa estratégia um sentido às suas práticas e aderiram gradativamente a sua rotina de trabalho, reconhecendo sua importância como estratégia de gestão clínica.

A implantação da Visita Multidisciplinar no HIJPII /FHEMIG, já ocorreu de forma positiva com avanços consolidados, conforme discussão de dados já apresentados anteriormente nesse estudo, onde se ressalta a participação do paciente / família e equipe multidisciplinar na discussão do plano terapêutico.

No HIJPII / FHEMIG, conforme descrito na PNSP, desde a implantação da Visita Multidisciplinar, busca-se a assertividade na comunicação, através do uso de uma ação sistematizada, onde todos assumem responsabilidades no Plano Terapêutico construído a partir do cuidado centrado na família em pediatria. A definição de metas e o acompanhamento do paciente até a alta ganha novo contorno e a continuidade do cuidado pode ser construída para a busca da alta hospitalar mais segura.

O uso dos princípios da PNHOSP foi utilizado e devem ser mantidos de forma contínua como uma referência importante de um instrumento de gestão hospitalar na construção do trabalho multidisciplinar, que vão além do modelo tradicional dos hospitais, no qual a discussão do paciente ao pé do leito é realizada somente em unidades de maior complexidade, como oncologia e UTI.

Desta forma, o diferencial da uma Visita Multidisciplinar realizada na Unidade de Clínica Médica, é sua capacidade de otimizar os recursos assistenciais disponíveis na unidade hospitalar, assim como, de integração com a RAS e outros equipamentos sociais, tais como, escolas e associações.

Em perspectiva complementar ao cuidado, a EPS vivenciada pela equipe multidisciplinar provocou mudanças de comportamento dos participantes da equipe e do paciente / família. Através do empoderamento do usuário e da valorização dos profissionais para modificar o cotidiano e produzir novas práticas do trabalho em saúde. As trocas de conhecimentos vêm tornando todos sujeitos ativos na construção do plano terapêutico.

O monitoramento das ações realizadas e a avaliação feita periodicamente no decorrer dessa experiência, permitem considerar que na Visita Multidisciplinar foram identificadas melhorias na Coordenação Clínica. Entretanto, muitos desafios ainda se apresentam, no âmbito da assistência hospitalar.

Dentre os principais desafios está a progressão da qualidade das discussões com a promoção de um momento anterior ao da Visita Multidisciplinar, em que exista a definição mais precoce do plano terapêutico na Unidade de Clínica Médica.

Nesse relato de experiência, observou-se que o processo de implementação da Visita Multidisciplinar é contínuo, onde se reconhece os avanços e vislumbra maior adesão da equipe multidisciplinar, com ganhos na comunicação interpessoal para a integralidade do cuidado em saúde.

Espera-se que os papéis na equipe não sejam tão fixos e que sua coordenação já possa ser assumida por outros profissionais, como médicos e enfermeiros com a alternância das funções para que todos exerçam o protagonismo na Visita Multidisciplinar.

O relato de experiência vivido pela autora permite a percepção de avanços na assistência hospitalar e a prospecção de medidas, analisadas pela própria equipe para a implementação contínua dessa ação, assim como, para a superação de dificuldades apontadas nesse estudo.

Através da experiência relatada, considera-se que a manutenção do Projeto da Visita Multidisciplinar é importante para a aquisição de novos avanços na coordenação clínica e assistência prestada na Unidade de Clínica Médica do HJPII / FHEMIG. Além disso, essa experiência pode servir para nortear outras instituições hospitalares e ser referência para a construção de um trabalho multidisciplinar para pacientes internados.

6. REFERÊNCIAS

AGUIAR, Milena Cabral. **Análise de Causa Raiz: levantamento dos métodos e exemplificação.** Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2014: 152p.

AMIN, Yogen et al. Why patients need leaders: introducing a ward safety checklist. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 105, n. 9, p. 377-383, 2012. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1258/jrsm.2012.120098>>, acesso em 19 mai 2018.

BENJAMIN, Jessica M. et al. Family-initiated dialogue about medications during family-centered rounds. **Pediatrics**, v. 135, n. 1, p. 94-101, 2015. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/135/1/94.full.pdf>>, acesso em 19 mai 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde et al. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 2008. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/gripe/page/1538-politica-nacional-de-humanizacao-pnh>>, Acesso em 01 mai 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3390 de 30 de Dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 10 fev 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria nº 529 de 1º de Abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 10 fev 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus.** – Brasília: 2006. 64 p. Cadernos de Atenção Básica, n. 16, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF>, acesso em: 20 mai 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ato Portaria GM n. 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>, Acesso em: 12 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília - DF. 40 p, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>, acesso em: 20 mai 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20. Brasília - DF. 60p., 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>, acesso em: 20 mai 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados**. Brasília: Ministério da Saúde - DF. 57 p., 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/PDF/2018/marco/28/Manual-NIR---Versao-digital-RGB.PDF>>, acesso em: 20 mi 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**. *Pólos de Educação Permanente em Saúde*. Brasília - DF: Ministério da Saúde. 68p, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf>, acesso em: 20 mai 2018.

BRASIL. Portal do Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-da-educacao/qualificacao-profissional/politica-nacional-de-educacao-permanente>>, acesso em 31/03/2018;

BRASIL. Presidência da República. Presidência da República, **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 10 fev 2018.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf>>, acesso em: 19 mai 2018.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, v. 1, p. 197-210, 2003. Disponível em:

<<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>>, acesso em 19 mai 2018.

COLLET, Neusa; ROCHA, Semiramis Melani Melo. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 191-197, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n2/v12n2a07>>, acesso em 19 mai 2018.

CRUZ, Andréia Cascaes; ANGELO, Margareth. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. **Ciência cuidado saúde**, v. 10, n. 4, p. 861-865, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18333/pdf>>, acesso em 19 mai 2018.

ENGEL, Guido Irineu. Pesquisa-ação. Educar em Revista, n. 16, p. 181-191, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-40602000000200013&script=sci_arttext&tlng=pt>, acesso em: 20 mai 2018.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/dissertacoes-e-teses/micropolitica_e_saude_laura_camargo.pdf>, acesso em: 19 mai 2018.

GURSES, Ayse P.; XIAO, Yan. A systematic review of the literature on multidisciplinary rounds to design information technology. **Journal of the American Medical Informatics Association**, v. 13, n. 3, p. 267-276, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1513658/pdf/267.pdf>>, acesso em 19 mai 2018.

KOERICH, Magda Santos et al. Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 3, 2009. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/47234>>, acesso em: 20 mai 2018.

LAMENHA, Artur Angelo Ramos; PATRÍCIO, Susana Reis Rodrigues. O Planejamento Estratégico utilizando a Análise SWOT como Recurso para a tomada de Decisão: Uma aplicação Prática em uma empresa de Saúde de Pequeno Porte. **Olhares Plurais**, v. 1, n. 10, p. 23-45, 2014. Disponível em: <<http://revista.seune.edu.br/index.php/op/article/view/110>>, acesso em 20 mai 2018.

MACIEL, Helena Francisca Valadares. **Análise descritiva de um programa de assistência ao paciente pediátrico internado” no domicílio**. 149 p. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS-73BGKY/helena_francisca_valadares_maciel.pdf?sequence=1>, acesso em: 19 mai 2018.

MACIEL, Helena Francisca Valadares; MESQUITA, Maria Cristina Leite & DA SILVA, Viviane Augusto. **Plano de Desenvolvimento Integrado do Hospital Infantil João Paulo II.** Belo Horizonte, 2014: 60 p.;

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. The path of the line of care from the perspective of non-transmissible chronic diseases. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000300010&script=sci_arttext>, acesso em 19 mai 2018.

MATTOS, Corina Maria et al. **Aplicação do Kanban ao processo de internação de uma unidade hospitalar pediátrica.** Dissertação de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 108 p. 2016. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/3060/1/Corina%20Maria%20Mattos.pdf>>, acesso em 20 mai 2018.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, L. C. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**, p. 59, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Alzira_Jorge/project/Avaliacao-Compartilhada-do-Cuidado-em-Saude-nas-Redes/attachment/58f2a64f1042bf333c68e052/AS:483544058339328@1492297295546/download/Livro+1+completo+Avaliacao_compartilhada_vol1_web.pdf?context=projectUpdateDetail#page=61>, acesso em: 19 mai 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** In: O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2014.

MITTAL, Vineeta. Family-centered rounds. **Pediatric Clinics**, v. 61, n. 4, p. 663-670, 2014. Disponível em: <[https://www.pediatric.theclinics.com/article/S0031-3955\(14\)00047-9/pdf](https://www.pediatric.theclinics.com/article/S0031-3955(14)00047-9/pdf)>, acesso em 19 mai 2018.

NICOLE REIMER, B. S. N. et al. Round and round we go: rounding strategies to impact exemplary professional practice. **Clinical journal of oncology nursing**, v. 18, n. 6, p. 654, 2014. Disponível em: <<https://cjon.ons.org/cjon/18/6/round-and-round-we-go-rounding-strategies-impact-exemplary-professional-practice>>, acesso em: 19 mai 2018.

NOVAK, C.; VINCENZES, C. Multidisciplinary rounds in practice. **The Alumni magazine**, v. 75, n. 2, p. 44-45, 1976.

O'DANIEL, Michelle; ROSENSTEIN, Alan H. **Professional communication and team collaboration.** 2008. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2637/pdf/Bookshelf_NBK2637.pdf>, acesso em 19 mai 2018.

PACHECO JÚNIOR, José Márcio da Cunha; GOMES, Romeu. Tomada de decisão e alta administração: a implantação de projetos de mudanças de gestão da clínica em hospitais do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2485-2496, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2485.pdf>>, acesso em 19 mai 2018.

PORTAL AGÊNCIA MINAS GERAIS, **Presidente da Fhemig garante funcionamento do Hospital Infantil João Paulo II**. Disponível em: <<http://www.agenciaminas.mg.gov.br/noticia/presidente-da-fhemig-garante-funcionamento-do-hospital-infantil-joao-paulo-ii>>, acesso em 04 mar 2018.

PORTAL OPAS / OMS. **Doença Falciforme**. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=395:doenca-falciforme&Itemid=463>, acesso em 07 mai 2018.

RCP, RCN. **Ward Rounds in Medicine Principles for Best Practice**. London: RCP, 2012. Disponível em: <<http://www.rcplondon.ac.uk/resources/ward-rounds-medicine-principles-best-practice>>, acesso em 11/03/2018;

SARRETA, Fernanda de Oliveira. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/29k48>>, acesso em: 19 mai 2018.

SISTERHEN, Laura L. et al. Defining family-centered rounds. **Teaching and learning in medicine**, v. 19, n. 3, p. 319-322, 2007. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10401330701366812?scroll=top&needAccess=true>>, acesso em 19 mai 2018.

STEWART, Moira A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. **CMAJ: Canadian Medical Association Journal**, v. 152, n. 9, p. 1423, 1995. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1337906/pdf/cmaj00069-0061.pdf>>, acesso em: 19 mai 2018.

TEIXEIRA, José A. Carvalho. Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde-utentes. **Análise Psicológica**, p. 615-620, 2004. Disponível em: <<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/229/1/AP%2022%283%29%20615-620.pdf>>, acesso em: 14/05/2018.

WATTS, Rosemary; PIERSON, Jane; GARDNER, Heather. Co-ordination of the discharge planning process in critical care. **Journal of Clinical Nursing**, v. 16, n. 1, p. 194-202, 2007.

WEAVER, Sallie J. et al. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. **Annals of internal medicine**, v. 158, n. 5_Part_2, p. 369-374, 2013. Disponível em: <<http://annals.org/aim/fullarticle/1656428>>, acesso em 14/05/2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Medication without harm. **World Health Organization**, 2017. Disponível em: <<<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf;jsessionid=68E361F11AE4419385F75727958D2F3D?sequence=1>>>, acesso em 20 mai 2018.

7. ANEXOS

7.1 Anexo 1

Quadro 2 - Desafios e propostas de trabalho do I Workshop de Avaliação da Visita Multidisciplinar

ITENS NORTEADORES	DESAFIOS	PROPOSTAS
Coordenação do Cuidado	<p>Ausência da atualização diária de admissões de pacientes pelo médico responsável no KANBAN;</p> <p>Ausência de atualização diária da data prevista e da programação da alta pelo médico responsável no KANBAN;</p> <p>Preenchimento de pendências para a alta por toda a equipe.</p> <p>Estabelecimento precoce de demandas para a alta do paciente, antes do momento da visita multidisciplinar;</p> <p>Ausência do uso do Checklist na Visita Multidisciplinar;</p> <p>Especificidades de Linhas de Cuidados;</p> <p>Participação de enfermeiros e técnicos de enfermagem.</p>	<p>Incluir o Projeto da Visita Multidisciplinar no treinamento introdutório de todos os profissionais;</p> <p>Acompanhar os residentes médicos e a equipe multiprofissional na alimentação do KANBAN;</p> <p>Acompanhar no KANBAN e nas Visitas Multidisciplinares a definição da data prevista de alta para os pacientes;</p> <p>Revisar no ato da Visita Multidisciplinar o preenchimento do quadro sobre o leito e definir quem fará o preenchimento;</p> <p>Acompanhar o trabalho da equipe na discussão precoce dos casos e reuniões clínicas, sempre que necessário;</p> <p>Revisar e adequar o formulário de checklist da Visita Multidisciplinar ao fluxo de Altas;</p> <p>Retomar o uso do checklist para todos os pacientes discutidos;</p> <p>Acrescentar itens de segurança do paciente no checklist de Visita Multidisciplinar;</p> <p>Articular contra-referência do HEMOMINAS para a linha de cuidado da doença falciforme;</p> <p>Garantir a participação de enfermeiros e técnicos de enfermagem, através da sensibilização e capacitação da equipe sobre a visita multidisciplinar.</p>
Discussão ao pé do leito	<p>Profissionais dispersos;</p> <p>Linguagem técnica e não acessível ao paciente;</p>	<p>Utilização por todos de linguagem mais acessível ao paciente e seu acompanhante;</p> <p>Proteção da imagem da família pelo</p>

	Exposição do paciente e acompanhante;	profissional responsável pela organização da Visita Multidisciplinar e todos os presentes;
Objetivo e Objetividade	<p>Necessidade de melhorar a qualidade das discussões; Desencontro de Expectativas; Definição de Encaminhamentos; Passividade dos usuários Ausência de médicos interconsultores (especialistas) Pontualidade da equipe médica Incluir Plano Terapêutico no Sistema Interno de Gestão Hospitalar (SIGH); Feedback do acompanhante; Tempo de discussão de cada paciente;</p>	<p>Utilizar o momento da visita Multidisciplinar para alinhar expectativas entre profissionais e usuários; Sistematização prévia de informações pela equipe, incluindo reuniões clínicas para discussão de casos mais complexos; Definir encaminhamentos para a Rede Assistencial de Saúde (SUS) e/ou educação; Orientar usuários sobre sua corresponsabilidade nos cuidados em saúde durante a internação e após a alta hospitalar; Utilizar o momento para empoderamento do usuário em um processo de educação em saúde; Garantir a informação para o usuário da data prevista de alta; Preencher o adequadamente o quadro de Comunicação com a família sobre o leito do paciente; Desenvolver e disponibilizar para todos os usuários um manual de segurança do paciente internado; Melhorar o fluxo de interconsultas e feedback para a equipe e usuários; Devido a alta demanda, criar a linha de cuidado da neurologia na Unidade de Internação; Retomar a presença das secretárias da residência médica e/ou alternativa que garanta a presença do médico responsável pelo leito na visita multidisciplinar, conforme o cronograma; Acrescentar no SIGH o plano terapêutico de todas as áreas de profissionais da assistência; Dar oportunidade ao acompanhante do paciente para o esclarecimento de dúvidas e colocações que julgar importante para o plano terapêutico; Treinar a equipe para o tempo médio de discussão de 7 a 10 minutos para cada paciente. Optar pela reunião clínica em casos que se fizerem necessárias discussões mais longas;</p>
Resolutividade	<p>Transferências de pacientes; Realização de exames e procedimentos internos; Realização de exames e procedimentos externos; Segurança do paciente; Revisar média de permanência para Linhas de Cuidados;</p>	<p>Buscar melhorias para os fluxos de transferências, procedimentos e exames internos e externos para reduzir o tempo de espera e ampliar oferta para pacientes internados; Garantir a discussão de dos protocolos de segurança do paciente e seu reforço na visita multidisciplinar;</p>

	Preparar a alta responsável com melhor articulação na RAS.	Revisar em conjunto com a equipe de referência a média de permanência dos pacientes das linhas de cuidados; Verificar pendências de todos os profissionais acionar a RAS e articular encaminhamentos
Forças e oportunidades	Alimentação adequada do KANBAN; Visita ao pé do leito para a equipe do CUIDAR Implantação do Projeto de Visita Multidisciplinar na Unidade de Internação II Participação dos profissionais da residência multiprofissional Educação permanente e continuada em saúde para todos os participantes; Melhora da Comunicação Interdisciplinar; Espaços institucionais;	Alimentar adequadamente o KANBAN e o quadro de comunicação sobre o leito para aumentar a transparência e melhorar o processo de comunicação que antecede a visita multidisciplinar; Discutir junto ao Programa CUIDAR um cronograma e metodologia para se realizar a discussão ao pé do leito junto com a equipe das enfermarias; Desenvolver aulas temáticas para as Linhas de Cuidados; Reunir com os médicos da Unidade de Doenças Infectocontagiosas, da Linha de Cuidado da Fibrose Cística e das enfermarias de pneumologia para organizar uma proposta da expansão do Projeto de Visita Multidisciplinar para a Unidade de Internação II; Garantir a participação dos residentes de todas as áreas na Visita Multidisciplinar; Realizar um cronograma junto ao NEP de temas ligados ao processo de trabalho da Visita Multidisciplinar; 10 minutos antes de iniciar a Visita Multidisciplinar, repassar todos os caso que serão discutidos ao pé do leito no dia; Fortalecer a utilização de equipamentos da Instituição, como brinquedoteca hospitalar, classe hospitalar e conselho de saúde do HIJPII

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.