



EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: DESAFIOS E POTENCIALIDADES PARA O CUIDADO BIOPSISSOCIAL

DANIEL DALL'IGNA ECKER; ALÉXIA VICTÓRIA PEREIRA PADILHA; CATIELEN AZEVEDO; CAMILA PELEGRINI BERTOLIN

RESUMO

Para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de Urgência e Emergência de forma resolutiva, é necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico. Tendo-se em vista esse perfil, é importante a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a articular e integrar todos os equipamentos de saúde do território. Neste contexto, baseado em Relato de Experiência, este trabalho objetiva abordar a atuação da Equipe Multiprofissional, com ênfase em Serviço Social e Psicologia, no manejo das Urgências e Emergências no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago - HU-UFSC. Para isso, parte da análise da experiência de trabalho e dos casos clínicos atendidos pela porta da Emergência do HU, pela Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - RIMS da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. A partir das experiências e casos clínicos analisados, define como desafio a superação do Modelo Biomédico de atendimento, desumanizado (centrado apenas em sinais e sintomas orgânicos, com foco no manejo dos mesmos), descontextualizado social e culturalmente. Isso induz o profissional a um atendimento mecânico, uniprofissional, focado em sinais e sintomas, que se distancia da produção de uma saúde ampliada, voltada para o exercício da cidadania e do protagonismo, biopsicossocial. Dessa forma, o trabalho da equipe Multiprofissional apresenta-se como potencialidade, já que visa a garantia de um direito à saúde pautado no cuidado biopsicossocial, que considera aspectos, biológicos, psicológicos e sociais nas demandas em saúde e nos adoecimentos que buscam o atendimento nas portas de Urgência e Emergência dos hospitais brasileiros.

Palavras-chave: Urgência; Emergência; Atenção Hospitalar; Alta Complexidade; Equipe Multiprofissional.

1 INTRODUÇÃO

Para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de Urgência e Emergência de forma resolutiva, é necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico. Tendo-se em vista esse perfil, é importante a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a articular e integrar todos os equipamentos de saúde do território, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de Urgência e Emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna, em todo o território nacional, respeitando-se os critérios epidemiológicos e de densidade populacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). A RUE, como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, de saúde mental, etc.), é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de Urgência e

Emergência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

As portas de entrada hospitalares de Urgência serão consideradas qualificadas ao se adequarem aos seguintes critérios:

- Implantação de processo de acolhimento com classificação de risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando-se aqueles que necessitem de tratamento imediato;
 - Articulação com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e com outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência;
 - Equipe multiprofissional compatível com o porte da porta de entrada hospitalar de Urgência;
 - Organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como “diarista”, utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe;
 - Implantação de mecanismos de gestão da clínica, visando à:
 - a. qualificação do cuidado;
 - b. eficiência de leitos;
 - c. reorganização dos fluxos e processos de trabalho;
- implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;
- Garantia de retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede de Atenção às Urgências e Emergências em sua região, mediante o fornecimento de procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias, conforme previsto no Plano de Ação Regional (PAR);
 - Realização do contrarreferenciamento responsável dos usuários para os serviços da rede, fornecendo relatório adequado, de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica ou de referência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Segundo o Art. 14, 15 e 16 da Resolução Conselho Federal de Medicina - CFM nº 2.077/14, o tempo máximo de permanência dos pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência será de até 24h, após o qual o mesmo deverá ter alta, ser internado ou transferido. Fica proibida a internação de pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência. O hospital deverá disponibilizar, em todas as enfermarias, leitos de internação para pacientes egressos do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência em número suficiente para suprir a demanda existente.

Em caso de superlotação do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência e ocupação de todos os leitos de retaguarda, é de responsabilidade do diretor técnico da instituição prover as condições necessárias para a internação ou transferência destes pacientes. Definimos leitos de retaguarda como aqueles de internação dedicados a atenção de pacientes agudos ou agudizados internados pelo Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, devendo esses leitos ser dimensionados conforme o volume esperado de internações (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014). Neste contexto, baseado em Relato de Experiência, este trabalho objetiva abordar a atuação da Equipe Multiprofissional (Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Enfermagem e Farmácia) no manejo das Urgências e Emergências no HU-UFSC.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este Relato de Experiência objetiva abordar a atuação da Equipe Multiprofissional (Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Enfermagem e Farmácia) no manejo das Urgências e Emergências no HU-UFSC. Para isso, parte da análise da experiência de trabalho e dos casos clínicos atendidos pela porta da Emergência do Hospital Universitário Professor Polydoro

Ernani de São Thiago, pela Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - RIMS da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Atualmente, a porta da Emergência do HU-UFSC atende diferentes demandas em saúde e adoecimentos que recebem a Classificação de Risco baseada no Protocolo de Manchester. Ao adentrarem no Hospital, os casos clínicos são classificados de acordo com esse Protocolo, as principais necessidades de saúde são atendidas pela equipe médica e de enfermeiros, sendo a Equipe Multiprofissional acionada quando avaliado a necessidade pela Medicina e Enfermagem.

3 DISCUSSÃO

3.1 Desafios

Os Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência continuam sendo o local para onde confluem problemas não resolvidos nem diagnosticados em outros níveis de atenção. Para grande parte da população que não tem acesso regular a um serviço de saúde, as emergências hospitalares representam a principal alternativa de atendimento para as mais diversas situações, pois, no senso comum, esses serviços reúnem um somatório de recursos que os tornam mais resolutivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), quais sejam consultas, medicamentos, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações.

Como consequência, observa-se que a utilização caótica, a superlotação dos Serviços de Urgência e Emergência e a falta de leitos hospitalares acarretam inúmeras dificuldades de atendimento, tanto aos pacientes como à equipe de saúde. Especificamente em relação à atuação da equipe na gerência do cuidado em um serviço de Emergência, destaca-se a necessidade da busca constante pelo desenvolvimento de melhores estratégias que lhes permitam superar os desafios impostos por um ambiente de trabalho marcado pela procura constante por atendimento.

Em decorrência da superlotação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), surge como desafio a manutenção da qualidade do cuidado prestado aos pacientes no serviço de emergência. Muitos pacientes, após o primeiro atendimento e estabilização de suas condições clínicas, permanecem no Serviço de Urgência e Emergência e necessitam de uma atenção que nem sempre a equipe consegue corresponder em função das características do trabalho da unidade.

A unidade, que deveria ter caráter transitório, onde o paciente permaneceria um curto período, passa a funcionar como unidade de internação, pela indisponibilidade de leitos nos outros setores de internação. Desse modo, o atendimento às necessidades básicas humanas, como sono, repouso, alimentação e higiene corporal tornam-se comprometidos (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005) pela excessiva demanda de atendimento e pelas condições de infraestrutura inadequadas para realização das atividades assistenciais. Como consequência, os profissionais de saúde vêm-se confrontados com cargas de trabalho elevadas, com espaços físicos inadequados, recursos materiais e equipamentos insuficientes, o que além de comprometer a qualidade do cuidado prestado, causa-lhes sofrimento, insatisfação e conflitos.

Além disso, nos deparamos diariamente com os impactos das políticas de saúde mental do município que ainda são ultrapassadas. Com a ausência de um Caps III e de leitos psiquiátricos no hospital geral, os usuários que chegam ao serviço com demandas de saúde mental são frequentemente encaminhados ao Instituto de Psiquiatria (IPQ), só podendo permanecer em leito aqueles que possuem demanda clínica. Nesses casos, o cuidado a esses usuários ainda é baseado em um modelo manicomial e excludente, impedindo a preconização da equidade e integralidade, princípios básicos do SUS. Em casos de tentativas de suicídio, por exemplo, o acompanhamento psicológico fica limitado ao tempo de estabilização dos sintomas clínicos, denunciando mais uma vez o modelo de assistência médico-centrada, descrito na literatura como Modelo Biomédico (MARCO, 2006).

Além disso, essa lógica de segregação impede o contato da Equipe Multiprofissional

com demandas de saúde mental, prejudicando também a instrumentalização para o manejo. Trabalhar com imprecisões e incertezas é algo desafiador, que produz limitações, superficialidades e não resolutividades na atenção à saúde. O raciocínio clínico e a agilidade devem, de forma imprescindível, fazer parte da rotina do profissional que trabalha no setor de Urgência e Emergência, uma vez que, na maioria dos casos, não há tempo suficiente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) para a busca efetiva de evidências científicas ou até mesmo, aguardar resultados de exames. O manejo precisa ocorrer de forma rápida e mais segura possível, considerando como por exemplo, a rápida anamnese (quando possível) e os sinais e sintomas apresentados pelo paciente.

Entretanto, quando o ambiente de trabalho, por qualquer que seja o motivo, acaba não sendo um lugar favorável, os profissionais envolvidos ficam extremamente cansados e estressados em suas rotinas (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005). Logo, isso impacta diretamente na sua capacidade de tomada de decisões, raciocínio clínico e em suas habilidades necessárias que são exigidas em tais situações de Urgência e Emergência. Isso induz o profissional a um atendimento mecânico, focado em sinais e sintomas, que se distancia da produção de uma saúde ampliada, voltada para o exercício da cidadania e do protagonismo (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011), biopsicossocial.

3.2 Potencialidades

Em relação a atuação psicossocial e articulação com a rede de saúde, no manejo de Urgências e Emergências, destaca-se a Psicologia e Serviço Social e sua interface com outras áreas como um campo vasto de possibilidades. No contexto da Emergência, as demandas psicossociais prioritárias são voltadas ao atendimento a pessoas que tentaram suicídio, intervenção à crise, intoxicação por uso de substâncias psicoativas (incluindo as por uso de medicamentos), autolesão, situações de violência e população em situação de rua (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Além disso, ocorrem também demandas mais amplas e comuns ao contexto hospitalar, como a comunicação de más notícias e processos de fim de vida. Na maioria das vezes é realizado atendimento psicológico e social ao usuário e ao(s) acompanhante(s) e, após alta hospitalar, é feito encaminhamento e discussão de caso com um ou mais serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O Serviço de Psicologia da Emergência também possui um celular que é utilizado para realizar contato com os pacientes, a fim de acompanhar a adesão ao tratamento e prestar teleconsulta em caso de urgência. Além disso, a equipe é responsável pelo Ambulatório de Emergência em Saúde Mental, para onde são encaminhados alguns usuários após tentativa de suicídio que podem se beneficiar com um processo de Psicoterapia Breve. A orientação sobre a RAPS e as clínicas sociais do território (clínicas escolas de faculdades, universidades, dentre outras) compõem o protocolo do atendimento.

No que se refere a Equipe multiprofissional, os profissionais trabalham em um ambiente de alta rotatividade de pessoas e constante pressão, enfrentando desafios diários para superar as dificuldades causadas pela demanda crescente de pacientes imposta pela conjuntura atual da saúde pública. Condições de superlotação, déficits de profissionais e problemas de infraestrutura física e tecnológica são enfrentados pela equipe multidisciplinar que se esforça para assegurar o melhor serviço à população, mantendo o atendimento humanizado, a qualidade técnica e a resolutividade (EBSERH HU- UFSC, 2013).

Refletir sobre o trabalho específico das Assistentes Sociais nos Serviços de Urgência e Emergência e da equipe multiprofissional exige uma compreensão ampliada (biopsicossocial) do que é Urgência e Emergência: “profundamente polissêmica e ancorada na complexidade do social, a Urgência dificilmente se deixa encerrar dentro dos limites biológicos nos quais as ciências médicas tentam legitimamente circunscrevê-la diante de sua perspectiva e de seus objetivos” (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 135). Nessa lógica, é necessário e importante o

Serviço Social ocupar esse espaço que é porta de entrada do SUS. O desafio da equipe multiprofissional é para além do atendimento da necessidade clínica Urgente/Emergente do usuário, garantir qualidade no atendimento partindo do que é o conceito de saúde construindo socialmente, que ainda é médico centrado.

Ainda estamos em um processo de transformação desse conceito de saúde:

As necessidades sociais em saúde são historicamente construídas e determinadas pelo movimento societário. O direito à saúde, mediado pelas políticas públicas, as quais refletem um patamar determinado da relação Estado e Sociedade, é operacionalizado através dos sistemas e serviços de saúde, envolvendo a gestão, o planejamento e a avaliação, além do controle social. A produção de saúde é entendida como um processo que se articula a partir das transformações econômicas, sociais e políticas, das ações de vigilância à saúde e das práticas de assistência à saúde. (MIOTO E NOGUEIRA, 2009, p. 223).

As possibilidades estão postas na própria Política Nacional de Humanização - (PNH) que busca na prática: atendimento acolhedor, implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo, garantia dos direitos dos usuários, valorização do trabalho na saúde, gestão participativa nos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

No que tange em respeito ao Nutricionista enquanto profissional de Urgência e Emergência, os desafios são enormes frente a demanda de patologias, complexidade e diversidade de casos que podem surgir. No que diz respeito ao atendimento realizado na clínica, o nutricionista é responsável por aplicar diversas ferramentas validadas na literatura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) denominadas de triagem nutricional. Estas, são preconizadas serem realizadas em poucas horas após internação e previnem desdobramentos no âmbito do estado nutricional do paciente durante o seu tratamento. Uma vez aplicado, esse instrumento avalia o risco ou não do paciente estar ou vir a desenvolver desnutrição. Com este dado e outros coletados em atendimento nutricional é formulado a dietoterapia ideal para cada paciente. A literatura mostra a importância da adaptação da alimentação ou início da terapia nutricional de forma rápida. Entretanto, surgem alguns enfrentamentos relacionados à questões de disponibilidade de produtos e equipamentos perante a clínica, assim como a priorização do manejo de sinais e sintomas que se aproximam do Modelo Biomédico de atendimento, sobrepondo-se às demandas nutricionais, o que torna o ambiente da clínica ainda mais desafiador, dificultoso, limitado e uniprofissional.

4 CONCLUSÃO

A partir das experiências e casos clínicos analisados, define como desafio a superação do Modelo Biomédico de atendimento, desumanizado (centrado apenas em sinais e sintomas orgânicos, com foco no manejo dos mesmos), descontextualizado social e culturalmente. Isso induz o profissional a um atendimento mecânico, uniprofissional, focado em sinais e sintomas, que se distancia da produção de uma saúde ampliada, voltada para o exercício da cidadania e do protagonismo, biopsicossocial. Dessa forma, o trabalho da equipe Multiprofissional apresenta-se como potencialidade, já que visa a garantia de um direito à saúde pautado no cuidado biopsicossocial, que considera aspectos, biológicos, psicológicos e sociais nas demandas em saúde e nos adoecimentos que buscam o atendimento nas portas de Urgência e Emergência dos hospitais brasileiros.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Resolução nº 2.077/14**. CFM, Brasília: DF, 2014. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf> Acesso em: 26 abr. 2024.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH HU-UFSC. **SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina - HU-UFSC, Brasília: DF, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/contratos-de-gestao/regiao-sul/hu-ufsc/dimensionamento-de-servicos-assistenciais> Acesso em: 26 abr. 2024.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e Emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

MARCO, M. A. Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.30, nº1, jan./abr., 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/63Ck5wPNn4gxyN39SZfCZsv/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 26 abr. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf Acesso em: 26 abr. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 354, de 10 de março de 2014**. Brasília: DF, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html Acesso em: 26 abr. 2024.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e saúde - desafios intelectuais e operativos. **Ser Social**, v. 11, n 25, p. 221-243, jul-dez. 2009.

PEREIRA, T. T. S. O.; BARROS, M. N. S.; NOBREGA, M. C. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. **Mental** - ano IX - no 17 jul./dez. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000200002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 26 abr. 2024.