

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN**  
**ESCOLA DE SAÚDE - ESUFRN**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA – SEDIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE PRECEPTORIA EM SAÚDE**

**APERFEIÇOANDO A ATIVIDADE DE PRECEPTORIA EM UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**ANA LUIZA DA COSTA CUNHA**

**NATAL/RN**

**2020**

**ANA LUIZA DA COSTA CUNHA**

**APERFEIÇOANDO A ATIVIDADE DE PRECEPTORIA EM UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização de Preceptoría em Saúde, como requisito final para obtenção do título de Especialista em Preceptoría em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Assis Neves Dantas.

**NATAL/RN**

**2020**

## RESUMO

**Introdução:** Existe uma grande precariedade na formação do preceptor bem como pouco ou nenhum incentivo para desenvolver tal prática. **Objetivo:** Aperfeiçoar a atividade de preceptoria exercida pelo enfermeiro da unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital universitário. **Metodologia:** Projeto de intervenção, do tipo plano de preceptoria, desenvolvido na UTI pediátrica do Hospital Universitário Onofre Lopes envolvendo preceptores, chefia imediata de enfermagem e a coordenação do programa de residência multiprofissional de saúde da criança. **Considerações finais:** Atender as demandas do preceptor e estimular sua participação no programa da residência se mostra de tamanha relevância para uma boa condução do residente.

**Palavras-chave:** Preceptoria; Educação em Saúde; Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

## PLANO DE PRECEPTORIA (PP)

### 1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2010) a educação dos profissionais de saúde vem sendo rediscutida cada vez mais em todo o mundo. Porém, é uma educação considerada ainda fragmentada, descontextualizada e produtora de um currículo estático ao avaliar a dinâmica de mudanças que ocorrem nessa área.

Diante disso, Brasil (2006) nos traz que a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) foi instituída legalmente como modalidade de formação para o Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2005, através da Lei nº 11.129, e se caracteriza como uma formação em saúde em nível de pós-graduação lato-sensu que se desenvolve através do trabalho em saúde, destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica.

Conforme Cheade *et al.* (2013), esta modalidade de formação de profissionais da saúde resulta da união de esforços entre os Ministérios da Educação e Cultura e o da Saúde com vistas a criar estratégias para formar profissionais aptos para trabalhar e comprometidos com o SUS, na busca da integralidade. Apoiado no treinamento em serviço, as RMS têm como atributo formar profissionais segundo as necessidades locais, isto é, com habilidades e especialidades específicas conforme a deficiência regional.

Bezerra (2011) entende que as RMS são pautadas em arcabouço teórico e pedagógico que corroboram os princípios e as diretrizes do SUS, associando o aprendizado à prática, de maneira a problematizar o modelo técnico-assistencial. Desta forma, vislumbra-se o ensino-serviço com enfoque na humanização da atenção e ampliação da compreensão da integralidade, ao passo que o processo de trabalho pode ser reconstruído no cotidiano do serviço.

Em 2018, Silva declarou que a RMS traz como principais propostas a integralidade das ações em saúde e o trabalho interdisciplinar. A autora destacou que a integralidade é uma das bandeiras do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e foi inscrita como um dos princípios do SUS. Já a interdisciplinaridade é uma metodologia de realização do trabalho e da formação em saúde.

Segundo Brasil (2004), a RMS tem como objetivo formar profissionais para uma atuação diferenciada no SUS, uma vez que pressupõe construção interdisciplinar dos profissionais em saúde, trabalho em equipe, dispositivo de educação permanente em saúde (EPS) e reorientação das lógicas tecno-assistenciais.

Com base no estudo de Nascimento e Quevedo (2008), reconhece-se que é a partir da vivência prática nos serviços, permeada por um suporte pedagógico específico e voltado para as necessidades da população, que se concretiza uma formação técnica e humanística, do profissional de saúde, uma vez que as situações-problema vivenciadas no cotidiano desses profissionais exigem ações que extrapolem o âmbito puramente científico/clínico.

A supervisão permanente do treinamento do profissional da saúde residente deverá ser realizada por corpo docente assistencial com qualificação mínima de especialista na área profissional ou na área de concentração do programa desenvolvido (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, Ribeiro e Prado (2013) nos trazem em seu estudo que a figura do preceptor vem se destacando nas instituições assistenciais por proporcionar situações de aprendizagem aos residentes, fazendo com que intervenções e condutas sejam exercitadas, refletidas, transformadas e apreendidas de modo satisfatório durante o processo de formação, tornando a preceptoria uma prática educativa.

Para Silva *et al.* (2016), as preceptorias constituem-se como espaços intercessores para o desenvolvimento da EPS, pois possibilitam pensar no coletivo, desconstruir a rotina mecanizada e propor atividades que ampliem a visão do mundo da saúde, com produção de conhecimento que apresente uma reflexão crítica, considere as experiências vividas por todos os participantes da EPS: usuários, integrantes da RMS e equipe de saúde dos serviços.

“O preceptor, então, é o profissional da saúde que acompanha diretamente os residentes nos cenários e articula a prática ao conhecimento científico, sendo considerado um dos protagonistas do processo de ensino-aprendizagem das RMS” (RIBEIRO; PRADO, 2013).

Cheade *et al.* (2013) declaram que o protagonismo do preceptor é de fundamental importância na RMS, uma vez que realiza a interlocução residente-serviço e potencializa as discussões e reflexões acerca das vivências, facilitando o processo de ensino-aprendizagem. Contudo, a integração ativa dos profissionais dos serviços, nesta perspectiva, ainda é um desafio, visto, dentre outros fatores, o frágil incentivo das instituições, a extenuante jornada de trabalho e a oferta precária de desenvolvimento docente e formação de preceptoria.

Hartzler *et al.* (2015) destacam em seu estudo que a escassez de tempo dos preceptores representa uma expressiva fragilidade para o desempenho da preceptoria. Já Bispo *et al.* (2014) ressaltam que a sobrecarga de trabalho dos preceptores promova um possível prejuízo ao processo de formação dos profissionais envolvidos na residência.

Frente ao exposto, no presente estudo é ressaltado a importância de se discutir acerca do aprimoramento dos preceptores envolvidos no programa de RMS, uma vez que ainda há uma grande precariedade na formação desse preceptor bem como pouco ou nenhum incentivo

para desenvolver tal prática, a fim de fortalecer a formação dos residentes com o máximo de aproveitamento possível.

## **2 OBJETIVO**

Aperfeiçoar a atividade de preceptoria exercida pelo enfermeiro da unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital universitário.

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Projeto de intervenção, do tipo plano de preceptoria.

### **3.2 LOCAL DO ESTUDO / PÚBLICO-ALVO / EQUIPE EXECUTORA**

O projeto de intervenção ocorrerá na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) desde 2013, que oferta o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da criança, além de outros programas de residência.

O HUOL é um hospital escola, integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) que atende pacientes de todo o Estado do Rio Grande do Norte tanto em nível ambulatorial quanto a nível terciário (clínico e cirúrgico) referenciados a partir de um sistema de regulação geral da Secretaria de Saúde do Estado.

O hospital dispõe de 84 consultórios ambulatoriais, 02 auditórios, 12 salas cirúrgicas (7 no centro cirúrgico, 2 na oftalmologia e 3 na pequena cirurgia), Centro de Diagnóstico de Imagem (CDI), 247 leitos de internação, dentre eles 19 de UTI adulto e 5 de UTI pediátrica.

A UTI pediátrica é uma unidade que contém 5 leitos (sendo 1 de isolamento e 4 gerais) composta por uma equipe especializada e maquinário de suporte avançado para atendimento das crianças já internadas na enfermagem pediátrica do próprio hospital ou referenciados de outras unidades, que necessitam de cuidados intensivos, tanto clínico quanto cirúrgico. A

unidade possui uma equipe multiprofissional composta por 9 médicos intensivistas, 11 enfermeiros, 6 fisioterapeutas, 11 técnicos de enfermagem e 2 auxiliares de enfermagem (secretários de posto).

Os enfermeiros atribuídos para exercer a atividade de preceptoria são os que exercem suas funções no horário diurno, devido ao programa de residência multiprofissional de saúde da criança se desenvolver apenas neste horário; ao contrário do programa de residência médica que também é desenvolvida no horário noturno. Diante do exposto, esse estudo tem como público-alvo tais enfermeiros e como equipe executora a chefia de enfermagem da UTI pediátrica em conjunto com a coordenação da residência multiprofissional em saúde da criança.

### 3.3 ELEMENTOS DO PLANO DE PRECEPTORIA

Sabendo que o HUOL é um hospital universitário e, portanto, um hospital escola, é inerente aos seus profissionais a atividade de preceptoria. Mas o profissional que nele atua, na maioria dos casos, não teve em sua formação, seja a nível de graduação ou pós-graduação, a aprendizagem adequada para desenvolver tal função, assim necessitando de capacitações contínuas para um melhor alinhamento das ações.

A atividade de preceptoria em enfermagem da UTI pediátrica do HUOL tem como principal agravante a baixa adesão nas capacitações promovidas pela instituição. Tais capacitações ocorrem apenas uma vez ao ano, ofertadas pela instituição, não havendo estímulo para o profissional participar, uma vez que não lhe é ofertado carga-horária extra nem dispensa do seu horário de trabalho.

Diante do exposto, a chefia imediata da UTI pediátrica em conjunto com a coordenação do programa de residência multiprofissional, visando o aperfeiçoamento desses preceptores, devem estimular sua participação nos treinamentos, capacitações e reuniões através de um planejamento prévio para dispensar esse profissional de suas atividades assistenciais bem como oferecer o benefício de carga-horária extra para aqueles que não estejam escalados para trabalhar no dia e vierem de suas casas.

Além disso, é fundamental a elaboração de um plano de preceptoria contendo as atividades primordiais que devem ser desenvolvidas pelo residente para um melhor aproveitamento do rodízio e avaliação continuada por parte dos preceptores. Para isso, é necessário pelo menos uma reunião anual de todos os enfermeiros preceptores do setor com a chefia imediata de enfermagem e a coordenação da residência a fim de elencar as principais atividades e demandas da UTI pediátrica.

Para avaliação dos residentes, é sugerido que cada residente deve elaborar e apresentar para a equipe um estudo de caso ao final do seu rodízio na UTI pediátrica, como já é realizado com a residência em cardiologia e neonatologia. Além de discussões dos casos clínicos e protocolos semanalmente com seu preceptor e da avaliação de desempenho ao final do rodízio, a qual já é comumente realizada.

### 3.4 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

Como principal fragilidade pode-se destacar a falta de tempo do profissional enfermeiro da UTI pediátrica para exercer a atividade de preceptoria de forma mais ativa, com um melhor acompanhamento do residente bem como com um melhor processo de avaliação contínua. Tal fato se dá devido o enfermeiro do referido setor acumular funções, não apenas exercendo as atividades privativas do enfermeiro, mas também atividades gerais da enfermagem, como banho no leito, administração de medicamentos e dietas e aferição de sinais vitais, dentre outras. Assim, muitas vezes o enfermeiro se vê impedido de dar uma maior atenção ao residente.

Outra fragilidade, também devido a essa falta de disponibilidade de tempo, o enfermeiro da UTI pediátrica não consegue participar das capacitações para os preceptores ofertadas pelo hospital, mesmo estas sendo realizadas esporadicamente, pois não há uma retaguarda no setor para cobrir o profissional em seu plantão.

Visto isso, através de um maior apoio da chefia imediata de enfermagem da UTI pediátrica em conjunto com a coordenação do programa de residência multiprofissional, visando uma maior participação dos enfermeiros nessas capacitações, melhorará o desenvolvimento da atividade de preceptoria. Além da realização de um planejamento de um maior número de capacitações e treinamentos durante o ano para alinhar melhor o processo de acompanhamento e avaliação dos residentes.

### 3.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A avaliação do aperfeiçoamento do trabalho de preceptoria exercido pelo enfermeiro da UTI pediátrica do HUOL se dará a longo prazo, visto que ocorrerá de forma contínua na busca constante de melhorias e adequação da realidade do setor. Através de um planejamento por parte da chefia imediata e da coordenação do programa de residência multiprofissional deverá ser realizado um planejamento e cronograma anual de capacitações para o preceptor bem como de reuniões para um melhor *feed-back* das atividades que serão exercidas.



#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo tornou possível uma análise geral sobre o fortalecimento das discussões acerca da residência multiprofissional como prática de educação permanente dos profissionais da saúde no âmbito do SUS. É observado que ainda há uma descentralização muito grande na forma como é conduzido o acompanhamento do residente dentro da mesma instituição.

A busca por estratégias de melhorias no programa de residência multiprofissional de saúde da criança deve englobar as necessidades do profissional preceptor, visto que é esse quem estará intimamente ligado ao residente no seu dia a dia. Atender as demandas do preceptor e estimular sua participação no programa da residência se mostra de tamanha relevância para uma boa condução do residente, uma vez que se faz necessário não apenas de fundamentação científica, mas também pedagógica.

Ressalto a importância de se elaborar estratégias para fortalecimento do programa de residência como investimento em capacitações, reuniões, formação e valorização dos profissionais preceptores. Assim, haverá uma melhor integração do ensino e serviço, refletindo na melhoria da assistência prestada, bem como uma considerável melhoria do processo ensino-aprendizagem.

#### **REFERÊNCIAS**

BEZERRA, T.C.A. **Programa de residência multiprofissional em saúde: construção de um instrumento avaliativo**. Dissertação. Recife: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, 2011.

BISPO, E.P.F.; TAVARES, C.H.F.; TOMAZ, J.M.T. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 337-50, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e pólos de educação permanente em saúde.** Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Resolução Nº 5, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2014. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/79794586/dou-secao-1-10-11-2014-pg-34?ref=serp>>. Acesso em: 05 de novembro de 2020.

CHEADE, M.F.M.; FROTA, O.P.; LOUREIRO, M.D.R.; QUINTANILHA, A.C.F. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. **Cogitare Enferm**, v. 18, n. 3, p. 592-5, 2013.

HARTZLER, M.L.; BALLENTINE, J.E.; KAUFMAN, M.J. Results of a survey to assess residency preceptor development methods and precepting challenges. **Am J Health Syst Pharm**, v. 72, n. 15, p. 1305-14, 2015.

SILVA, L.B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **R. Katál**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, 2018.

NASCIMENTO, D. D. G.; QUEVEDO, M. P. Aprender fazendo: considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família na qualificação de profissionais da saúde. In: BOURGET, M. M. M. (org.). **Estratégia Saúde da Família: a experiência da equipe de reabilitação.** São Paulo: Martinari, 2008.

RIBEIRO, K.R.B.; PRADO, M.L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Rev Gauch Enferm**, v. 34, n. 4, p. 161-5, 2013.

SILVA, C.T.; TERRA, M.G.; KRUSE, M.H.L.; CAMPONOGARA, S.; XAVIER, M.S. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n.1, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice.** Geneva, 2010.