

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

**A INTERAÇÃO MULTIDISCIPLINAR PARA FORTALECER A APRENDIZAGEM
EM RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO
PIAÚI**

MARACELIA DE OLIVEIRA SILVA E CASTRO

TERESINA/PIAUI

2020

MARACELIA DE OLIVEIRA SILVA E CASTRO

**A INTERAÇÃO MULTIDISCIPLINAR PARA FORTALECER A APRENDIZAGEM
EM RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO
PIAÚI**

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(a): Adriene Cristina Lage

TERESINA/PIAUI

2020

RESUMO

INTRODUÇÃO: A “possibilidade de colaboração de várias especialidades que denotam conhecimentos e qualificações distintas.” A competência de cada profissional, isoladamente, não dá conta da complexidade do atendimento das necessidades de saúde, portanto é necessário flexibilidade nos limites das competências para proporcionar uma ação integral. **OBJETIVO** Fortalecer a interação preceptor- residente para melhor aprendizagem na residência multiprofissional. **METODOLOGIA:** O estudo será uma intervenção, do tipo Plano de Preceptoría, o qual se dará no Hospital Universitário do Piauí (HU- UFPI), com residentes multiprofissionais da área da Nutrição clínica. A interação através de apresentação e discussão de casos clínicos construídos a partir de roteiro proposto com busca na prática vivenciada, avaliado mensalmente. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A interação multiprofissional requer ganho para toda a equipe, a prestação de serviço eficiente e segura para o paciente e para os profissionais envolvidos.

Descritores: Equipe multidisciplinar. Interação. Preceptoría.

1 INTRODUÇÃO

Coube à Constituição Federal de 1988, por meio do artigo 200, explicitar ao Sistema Único de Saúde (SUS) a incumbência de “ordenar a formação de recursos na área da saúde”. A promulgação da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 estabeleceu para as três esferas de governo a “participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde” a “organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal”. Determinou ainda que “os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde-SUS constituem campo de práticas para ensino e pesquisa, respeitando normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional”.

Segundo o Ministério da Educação (Brasil, 2007), os Hospitais Universitários são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. Assim como nas universidades, esta formação deve ocorrer por meio de atividades de ensino, pesquisa e extensão, acrescentando-se a integração dessas atividades à oferta de serviços assistenciais no âmbito do SUS. Neste processo formador, é imprescindível a atuação os preceptores que participam intensamente da capacitação prática dos estudantes e residentes para o trabalho na área de saúde.

Segundo Ribeiro e Prado, o preceptor é o profissional que participa do processo de formação em saúde ao articular a prática com o conhecimento científico, transformando a vivência do campo profissional em experiências de aprendizagem. Nesse contexto, o exercício da preceptoria, deve estimular a reflexão dos profissionais sobre suas práticas nos espaços de formação e trabalho, pois a presença do ensino nos serviços de saúde gera um potencial questionador sobre as práticas instituídas.

Silva et al (2011) em seu estudo coloca que o principal aspecto positivo da atuação em equipe é a “possibilidade de colaboração de várias especialidades que denotam conhecimentos e qualificações distintas.” A competência de cada profissional, isoladamente, não dá conta da complexidade do atendimento das necessidades de saúde, portanto é necessário flexibilidade nos limites das competências para proporcionar uma ação integral. Portanto, neste processo de formação torna-se muito importante esta relação educativa com outras categorias profissionais.

A formação do residente nos campos de prática acumulam para o preceptor, o compromisso e a responsabilidade da construção do conhecimento diferenciado, ou seja, cuidados especializados pareados à humanização. De acordo com Tavares (2011), os serviços de saúde exigem do preceptor atenção, presteza e resolubilidade. Para Afonso e Silveira (2012, p. 84) o desafio que se coloca é “praticar a preceptoria sustentando sua ação de educador, compreendendo que educar é um processo reconstrutivo, de dentro para fora, em direção à autonomia”. Esse pensamento vai ao encontro de Freire (2007) quando afirma que ‘educar é exercer influência

Dada a vigente fragilidade de integração, ensino-serviço, nos espaços da saúde, Carvalho e Fagundes (2008) afirmam que, há necessidade de se ampliar a concepção e o planejamento dos estágios, no sentido de incluir estratégias de integração ensino e serviço, materializadas em ações de cooperação entre as organizações envolvidas visando, efetivamente, oferecer aos estudantes, preceptores e professores/tutores a oportunidade de compreender criticamente o papel do estágio na formação e também, seu melhor aproveitamento como espaço de aprendizagem significativa sobre o aluno de tal modo que ele não se deixe influenciar.

Para uma melhor aprendizagem entre preceptor-residente há uma necessidade de interação entre os profissionais da instituição com intuito na melhora no repasse do conhecimento, visto que isto facilita a visualização e discussão dos

demais pontos de vista do assunto decorrido, facilitando assim a tomada de decisões perante ao paciente/ cliente.

2 OBJETIVO

Geral:

- Fortalecer a interação preceptor- residente para melhor aprendizagem na residência multiprofissional.

Específicos:

- Criar roteiro para que os alunos construam caso a partir das vivencias práticas;
- Elaborar por parte das residentes, casos clínicos através de roteiro especificado pela preceptora (vide anexo);
- Escolher um caso clínico, para interação com a equipe;
- Criar um catálogo para registrar os casos relevantes de cada setor;
- Fortalecer a interação com melhor comunicação entre os profissionais.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo será uma intervenção, do tipo Plano de Preceptoría, o qual se dará no Hospital Universitário do Piauí (HU- UFPI), situado na Av. Universitária - Ininga, Teresina – PI, com residentes multiprofissionais da área da Nutrição clínica.

3.2 LOCAL DE ESTUDO/PUBLICO-ALVO/ EQUIPE EXECUTORA

Hoje, o Hospital oferece serviços em 32 especialidades médicas, possui 190 leitos de internação, 15 de UTI, 10 salas cirúrgicas e 53 consultórios ambulatoriais. Cumprindo seu papel de hospital escola, o compromisso do HU-UFPI com a formação de profissionais em variadas áreas do conhecimento pode ser confirmado com o desenvolvimento das atividades de ensino, pesquisa e extensão. Atualmente, são 23 residências médicas, 6 multiprofissionais e 28 ligas acadêmicas. Alunos de 15 cursos

de graduação da UFPI desenvolvem atividades acadêmicas no hospital, além da realização de estágios em diferentes áreas do conhecimento, como Engenharia e Nutrição, colaborando para uma oferta de serviços de média e alta complexidade.

A missão do hospital é Desenvolver atividades assistenciais qualificadas que viabilizem a realização de ações acadêmicas de excelência nas áreas de ensino, pesquisa e extensão e alcançar elevado padrão de qualidade e maior abrangência na assistência à saúde de média e alta complexidade, com o intuito de impulsionar a formação de profissionais com excelência técnica e notável saber no Estado do Piauí.”

O Público-alvo do plano de preceptoria, são todos os profissionais e residentes, que estão diretamente ligados aos pacientes internados no hospital.

3.3 ELEMENTOS DO PP

A interação entre os profissionais dentro do ambiente hospitalar é de suma importância, para que desperte a busca de mais conhecimento, e de poder ajudar o paciente/ cliente da melhor maneira, assim como essa interação ajudar a fortalecer a relação preceptor- residente, pela maior confiança e clareza dos assuntos abordados.

Para essa interação devem ser inclusos, roteiro para que os alunos construam caso clínico a partir das vivências práticas; Cada residente se compromete a criar 1 “case” em cada setor que passar; Apresentação dos casos clínicos em encontros mensais com a equipe e criação de um catálogo para registro dos casos relevantes de cada setor; bem como melhorar a relação preceptor- residente.

3.4 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

De acordo com o cronograma de atividades da Unidade de Nutrição e horários de aulas destinadas a aulas teóricas, deve se organizar a inclusão da elaboração e discussão desses casos clínicos como forma de avaliação do aprendizado. Pois diante do número de atividades geradas na Unidade muitas vezes fica exaustivo para os profissionais e residentes, o que impedem da multiplicação do conhecimento, da comunicação efetiva e direta, do pode acrescentar para o desenvolvimento do profissional residente, assim como para desenvolver um melhor procedimento para o nosso paciente/ cliente.

Deve-se reavaliar os horários das discussões para que a equipe multiprofissional esteja presente, rediscutindo os assuntos abordados ou necessários para um melhor aprendizado.

3.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A avaliação da implementação deverá ocorrer de forma mensal, em reuniões de curta duração, com discussão dos casos clínicos mais elaborados de cada residente, desenvolver o aspecto crítico do residente, favorecer um feedback do que realmente ele conseguiu assimilar nesse processo de aprendizado multiprofissional.

A avaliação com os demais profissionais se dará através da melhora da multiplicação do conhecimento com os residentes e profissionais multidisciplinares, que implicará em um atendimento mais eficaz englobando todos os aspectos disponíveis no momento.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ações que gerem cooperação entre a equipe multidisciplinar visando efetivamente oferecer um aprendizado mútuo de profissionais- preceptores/ /residente-estudantes, dá oportunidade de crescimento de ideias, de aspecto crítico-construtivo, de melhores procedimentos, de responsabilidade.

Para uma melhor aprendizagem entre preceptor- residente há uma necessidade de interação entre os profissionais da instituição para facilitar a visualização e discussão dos demais pontos de vista do assunto decorrido, facilitando assim a tomada de decisões perante ao paciente/ cliente.

Com o momento de interação, discussões de casos clínicos, entre os profissionais/ residentes, será possível estabelecer decisões a respeito do paciente/ cliente de maneira mais segura, favorecendo todo um trabalho em equipe, sabendo o que cada profissional pode colaborar para que o objetivo seja alcançado.

Com a interação multiprofissional, requer ganho para toda a equipe, a prestação de serviço eficiente e segura para o paciente e para os profissionais envolvidos.

A preceptoria influencia, diretamente, na formação do futuro profissional de saúde e os residentes colaboram para a qualificação da assistência dos serviços. Ao

mesmo tempo em que assiste ou cuida o residente está aprendendo. E em relação ao preceptor por meio de uma educação permanente e qualificação será possível produzir mudanças positivas no processo ensino- aprendizagem.

REFERÊNCIAS

AFONSO, D.H; SILVEIRA, L.M.C. **Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da educação médica**. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 11, n. supl, 2012. p. 82-86

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15/06/2020.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Senado Federal, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15/06/2020.

CARVALHO, E. S. S.; FAGUNDES, N.C. **A inserção da preceptoria no Curso de Graduação em Enfermagem**. Revista Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, v. 9, n. 2, abr - jun. 2008.

CUNHA GT. **A construção da Clínica Ampliada na atenção Básica**. São Paulo: Hucitec; 2005.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Residência Multiprofissional**. Brasília, [s.d.]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>>. Acesso em: 06 setembro. 2020.

RIBEIRO KRB, PRADO ML. **A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão**. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(4):161-5. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.43731> . Acesso em: 15/06/2020.

SILVA, R.H.A; SCAPIN, L.T.; BATISTA, N.A. **Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe**. Revista Avaliação, Campinas, v.16, n. 1, mar. 2011. p. 167-184

SOUZA AC, MATOS IB. **Pontilhando aprendizagens: função preceptoria e práticas cuidadoras nos campos-equipes**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2014.

ANEXO 1

ROTEIRO PARA APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO

- 1. Apresentação do paciente:** Nome, idade, sexo, situação civil, naturalidade e procedência, atividade profissional.
- 2. Diagnóstico e/ou causa da internação:** Dentre os diagnósticos destacar qual contribuiu para o motivo desta internação.
- 3. Sintomas relacionados à alimentação ou TGI:** caso ocorra relato deste tipo de sintoma é importante que esta descrição venha acompanhada de detalhes como, por exemplo: tipo de sintoma específico, horário que ocorre, associação com ingestão de algum alimento, grau de desconforto, situações já identificadas que possam contribuir para melhora/piora dos sintomas, etc.
- 4. Antecedentes pessoais e familiares:** especificar prioritariamente os antecedentes relacionados ao caso em questão.
- 5. Uso de medicamentos, suplementos, fitoterápicos:** além de citar os medicamentos prescritos, interações drogas-nutrientes e possível interferência na ingestão alimentar
- 6. Hábito intestinal e urinário:** Atenção para queixas como distensão abdominal, meteorismo, cólicas, etc.; que podem aparecer neste contexto; procurar sempre entender se há relação com dieta.
- 7. História de alteração ponderal:** quantificar, delimitar período e relacionar com alteração apetite e dieta prescrita e medicação (diurético, corticoides, hidratação endovenosa). Uso de recursos gráficos facilita esta apresentação evolutiva.

8. Hábitos e estilo de vida (tabagismo, etilismo, dependência de drogas lícitas e ilícitas, qualidade do sono, prática de atividade física).

9. Condições socioeconômicas: estas informações são habitualmente coletadas na primeira anamnese.

ANEXO 2

ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DOS ESTUDOS DE CASO MENSAIS

1. Introdução: embasamento teórico/científico. Correlação entre a fisiologia e fisiopatologia, impacto no estado nutricional e diretrizes preconizadas no tratamento dietoterápico.

2. Identificação do paciente: Nome, idade, sexo, situação civil, naturalidade e procedência, atividade profissional.

3. História do paciente:

a. Diagnósticos e causa da internação: Dentre todos estes diagnósticos destacar qual contribuiu para o motivo desta internação.

b. Sintomas relacionados à alimentação ou TGI: tipo de sintoma específico, horário que ocorre, associação com ingestão de algum alimento, grau de desconforto, situações já identificadas que possam contribuir para melhora/piora dos sintomas. Se o paciente estiver recebendo nutrição enteral, verifique as intercorrências: náuseas, diarreia, vômitos e distensão abdominal.

c. Antecedentes pessoais e familiares

d. Uso de medicamentos, suplementos, fitoterápicos ou outros recursos com finalidade terapêutica: além de citar os medicamentos prescritos, deve-se dar atenção à função deste medicamento no organismo, interações drogas-nutrientes e horários de administração e possível interferência na ingestão alimentar.

e. Hábito intestinal e urinário: Atenção para queixas como distensão abdominal, meteorismo, cólicas, etc.; que podem aparecer neste contexto; procurar sempre entender se há relação com dieta.

f. Hábitos e estilo de vida (tabagismo, etilismo, dependência de drogas lícitas e ilícitas, qualidade do sono, prática de atividade física).

g. Condições socioeconômicas, recursos domésticos, saneamento básico, renda, componentes: estas informações são habitualmente coletadas na primeira anamnese.

h. Avaliação do consumo de água e alimentos:

4. Avaliação Nutricional:

a. Triagem Nutricional: NRS (2002).

b. Antropometria: peso atual, peso habitual, peso ideal, estatura, IMC, pregas cutâneas, circunferência da panturrilha. Se o paciente deambula, o ideal é que seja realizado avaliação antropométrica completa

c. História de alteração ponderal:

d. Avaliação dietética: Avaliar a quantidade de kcal, PTN e distribuição de macro e quando possível micronutrientes. Relatar qual o tipo de dieta e consistência da alimentação, nutrição enteral (informar qual é o tipo de fórmula, via de acesso e o posicionamento da sonda e avaliação volume prescrito x volume infundido) e nutrição parenteral (informar via de acesso e o posicionamento da sonda e avaliação volume prescrito x volume infundido). Relatar caso ocorra intercorrências: náuseas, vômitos, diarreia, distensão abdominal.

e. Exames bioquímicos:

5. Diagnóstico nutricional:

6. Conduta:

a. Cálculo das Necessidades Nutricionais: necessidade de energia e proteína (justificativa com referência), quantificação da dieta ingerida/infundida.

b. Prescrição dietética: Comentar ações realizadas e a dieta prescrita

c. Evolução dietoterápica e clínica: Relatar como ocorreu a ingestão alimentar da dieta durante o período que o paciente foi internado. Procurar demonstrar se houve alterações da consistência, da via de alimentação, do tipo de dieta e teve intercorrências e quais foram as medidas tomadas frente aos problemas apresentados.

7. Conclusão do acompanhamento: posicionamento crítico, coerente e ético.

8. Referências Bibliográficas