

**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**

**ATUAÇÃO DO PRECEPTOR NO ENGAJAMENTO DOS RESIDENTES EM SAÚDE  
PARA UM ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO TERCIÁRIA.**

**MAYARA SIMÕES**

**UBERABA/MG**

**2020**

**MAYARA SIMÕES**

**ATUAÇÃO DO PRECEPTOR NO ENGAJAMENTO DOS RESIDENTES EM SAÚDE  
PARA UM ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO TERCIÁRIA.**

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

Orientadora: Profa. Amana Santana de Jesus

**UBERABA/MG**

**2020**

## RESUMO

**Introdução:** O preceptor deve despertar nos alunos a curiosidade, o interesse pela busca e novas descobertas, tornando o processo ensino/aprendizagem mais dinâmico. **Objetivo:** aplicar a prática pedagógica de Estudo de Caso no processo formativo dos residentes do setor de Urgência/Emergência do HC-UFTM. **Metodologia:** criação de um centro de simulação realística para capacitação e discussão de caso entre a equipe. O residente irá discutir sobre sua área, estimulando o raciocínio clínico e multiprofissional. **Considerações finais:** com a prática pedagógica de estudo de caso, espera-se que os residentes tenham mais autonomia e com isso, despertem o interesse deles no seu processo formativo.

Palavras-chave: Preceptoría. Equipe de Assistência ao Paciente. Residência Hospitalar.

## 1 INTRODUÇÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma modalidade de ensino de pós-graduação que tem como principal característica formar os discentes através da prática em saúde. A ampliação das políticas de formação em saúde, dentre as quais se situa a RMS, vem demandando uma atenção particularizada (SILVA, 2018).

Segundo a Lei 11.129/2005, os programas de residência visam facilitar e promover a inserção de jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente voltadas para atuarem no contexto do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005). Além disso, oferecem a possibilidade de mudança na prática assistencial da saúde, promovendo o trabalho em equipe, trocas de experiências e saberes, e a criação de uma nova realidade de saúde para a população (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). A multiprofissionalidade da RMS aparece junto à interdisciplinaridade nos argumentos do trabalho em equipe da abordagem biopsicossocial, na assistência, e à introdução dos conceitos de prevenção, promoção, proteção e reabilitação à saúde (CECCIM, 2009).

Os preceptores são “profissionais da assistência” que com base em saberes pedagógicos, acompanham e auxiliam na formação de futuros profissionais de saúde (ALBURQUERQUE, 2007). O preceptor deve ser encorajado a ampliar seu repertório técnico/profissional e pedagógico, para favorecer a articulação da teoria com a prática, compartilhando seu modo de ensinar de novos sentidos, despertando no grupo em que atua um olhar humanizado, sensível e compatível com o cenário em que serão coadjuvantes (SOUZA, FERREIRA, 2019).

Segundo Souza e Ferreira (2019), atualmente, o papel do preceptor não é apenas o ensino pedagógico, mas sim, a orientação quanto a pensar, a aprender, a se construírem e a se reconstruírem, a fazerem perguntas e a questionarem o já sabido. Porque é de suma importância a tarefa do educador em despertar nos alunos a curiosidade, o interesse pela busca, e novas descobertas. Vê-se, assim, a necessidade de tornar o processo ensino/aprendizagem mais dinâmico, significativo e capaz de ultrapassar o pensamento do ensino tradicional.

Uma das funções do residente é a busca pelo conhecimento com uma certa autonomia, porém toda prática educativa necessita da existência de um indivíduo que ensina e outro que aprende, sendo ambos “sujeitos” da relação, porque quem ensina não necessariamente apenas transfere informação, mas também reformar-se, e quem aprende não deveria apenas receber os novos conhecimentos, mas ter uma postura mais ativa, participativa e atuante, criticando e reformulando o saber prévio do educador. Para que isso aconteça, a maneira como o educador interage com o aluno, e instiga a necessidade de adquirir novos conhecimentos, é mais importante do que a forma como se ensina/aprende. Para aprender criticamente é necessário que tanto os preceptores quanto os residentes sejam criadores, instigadores, inquietos, rigorosamente curiosos, humildes e persistentes (LONGHI et al., 2014).

Porém, no setor de Urgência e Emergência do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC UFTM), o processo de ensino/aprendizagem está cada vez mais desestimulante, fazendo com que os residentes percam o interesse pela busca do conhecimento, tornando o atendimento mais mecânico, monótono e pouco criativo. E como o feedback dos aprendizes são de suma importância para instigar a atuação do preceptor, entre-se num ciclo, fazendo com que tanto o aluno quanto o educador percam o interesse no processo de ensino aprendizagem.

Portanto, o preceptor tem um papel fundamental no engajamento dos residentes em saúde durante a prática no serviço de alta complexidade, para fortalecer o trabalho em equipe, a participação no tratamento e na prevenção de doenças, estimulando a criatividade, proatividade, e o interesse e necessidade de adquirir novos conhecimentos. Considera-se que residentes mais ativos geram um impacto positivo tanto para seu processo formativo quanto para o serviço, tornando-se um profissional que pode somar com toda a equipe. Portanto, apresenta-se a seguinte questão norteadora do presente trabalho: Como estimular o interesse dos residentes para que este possa desenvolver suas atividades de maneira independente, criativa e crítica, proporcionando o melhor atendimento ao paciente?

## **2 OBJETIVO**

Aplicar a prática pedagógica de Estudo de Caso no processo formativo dos residentes do setor de Urgência e Emergência do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC UFTM).

Para isso, apresenta-se os objetivos específicos: 1) estruturar um centro de simulação realística para realizar treinamentos com cenários simulados; 2) criar um espaço para discussão de casos multiprofissional, no qual o residente irá reconhecer e refletir sobre a importância do seu papel no atendimento ao paciente.

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um projeto de intervenção, do tipo Plano de Preceptoria.

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

O estudo será realizado no setor de Urgência e Emergência do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC UFTM). O hospital atende 27 municípios que compõem a macrorregião Triângulo Sul do Estado de Minas Gerais, é o único hospital que oferece atendimento de alta complexidade em assistência, 100% Sistema Único de Saúde - SUS. Responde por 73% de toda a média e alta complexidade da macrorregião e por 100% da alta complexidade na mesma área, com exceção do tratamento de câncer (EBSERH, 2020).

Quanto à estrutura, o hospital possui 302 leitos ativos, sendo 22 leitos no setor de Urgência e Emergência Adulto, neste setor atuam diversos residentes dos programas de Residência em Clínica Médica e Cirúrgica, e residência multiprofissional, contemplando as seguintes profissões: enfermagem, fisioterapia, nutrição, assistente social e psicologia (EBSERH, 2020).

O público alvo da presente proposta de intervenção serão os residentes multiprofissionais (enfermagem, fisioterapia, nutrição, serviço social e psicologia), sendo um total de 10 profissionais, e residentes médicos (geralmente 3 residentes em clínica médica e 2 em clínica cirúrgica), do setor Urgência e Emergência.

A equipe executora será constituída pela chefe da Unidade de Urgência e Emergência (UUE), chefe do núcleo de segurança do paciente, responsável técnica da Comissão Interna de Infecções Hospitalares (CCIH), além de todos os preceptores que já trabalham no hospital, e os tutores que são vinculados à universidade.

### 3.3 ELEMENTOS DO PP

A intervenção será composta por 5 etapas, sendo elas:

- 1) Primeiramente, será realizado um momento de discussão e alinhamento do método de estudo de caso, com todos os preceptores. Após escolhida a metodologia a ser utilizada, toda a equipe executora irá selecionar o caso clínico a ser discutido pelos residentes.
- 2) Após a escolha do caso, cada preceptor irá informar ao seu respectivo residente que ele será o responsável por discutir o caso, diagnóstico e tratamento proposto, com toda a equipe, informando sobre a sua área de atuação. A interação entre os residentes será de suma importância para traçar as melhores condutas a serem tomadas durante a simulação realística.
- 3) O tutor do programa da residência será o responsável por organizar o cenário a ser constituído pelos residentes para discussão do caso pré-selecionado. Por exemplo, no dia de hoje será discutido sobre o paciente X com diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda que evoluiu para Parada Cardiorrespiratória na sala de urgência. Após criado o cenário, os residentes de cada área irão interagir entre si para tentar solucionar o “problema”.
- 4) Estruturação de um cenário de simulação. O espaço onde irá acontecer a simulação será semelhante a uma sala de urgência, haverá equipamentos necessários para a simulação de alta complexidade, monitores cardíacos desfibriladores, ressuscitadores manuais, seringas, medicamentos, entre outros.
- 5) Após o desfecho do caso simulado, todos os preceptores, tutores e as chefias irão se reunir com os residentes para realizar um *debriefing* sobre a atuação deles perante o caso proposto, identificando os principais erros e acertos.

Considerando a estruturação do centro de simulação do setor de Urgência e Emergência, propõe-se que este seja composto por três salas, sendo estas: a sala de reuniões, a qual será utilizada para a escolha do caso clínico entre os preceptores, tutores e chefias; a sala de urgência, que será o espaço reservado para a realização dos atendimentos/procedimentos; a sala de *debriefing*, que será utilizada para o feedback entre preceptores e residentes. A sala de urgência terá uma ante-sala na qual irão ficar os preceptores, tutores e chefias para avaliar os residentes durante a sua atuação.

Além disso, o centro de simulação irá contar com uma sala para estocar os materiais e equipamentos, tais como: simuladores de baixa, média e alta complexidade, ventilador

mecânico, desfibriladores, bombas de infusão, macas, lençóis, monitores cardíacos, medicamentos, soros, insumos necessários durante atendimento de urgência (bisturis, equipos, tubo oro-traqueal, acessos, sondas, entre outros).

Cabe destacar que a sala de urgência estará equipada com todos os materiais e equipamentos necessários para o atendimento as urgências, e haverá todo um sistema de audiovisual para que os avaliadores possam observar e escutar toda a discussão durante o atendimento dos residentes.

Dessa maneira, espera-se que os residentes possam treinar os procedimentos/atendimentos sem que haja desconforto ou prejuízo para a população atendida, aperfeiçoando as técnicas aprendidas com os preceptores, e principalmente para que os residentes desenvolvam um atendimento multiprofissional visando oferecer o melhor atendimento ao paciente.

### 3.4 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

Como fragilidades para a operacionalização da presente proposta pode-se citar a dificuldade da disponibilização do espaço físico devido a precária infraestrutura do hospital; poucos preceptores engajados no processo de ensino/aprendizado; disponibilidade de tempo dos preceptores e residentes devido à grande demanda de atendimento no setor de urgência; inexistência de uma equipe estruturada de preceptores; falta de recursos financeiros e físicos, como equipamentos para os treinamentos; e principalmente pela falta de incentivo por parte da chefia, na realização de estudos e pesquisas.

Porém, pelo fato do hospital estar vinculado com a universidade, temos o auxílio dos professores/tutores que podem ficar responsáveis pela organização da simulação, e aos poucos até introduzirem essa realidade para os alunos de graduação. Os interesses das chefias, juntamente com os tutores e preceptores, serão aliados para a requisição de insumos e equipamentos necessários para a prática proposta. Além disso, conta-se com uma Gerência de Ensino e Pesquisa na instituição que fortalece as propostas inovadora.

### 3.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A avaliação se dará por duas maneiras: uma avaliação formativa, do processo pedagógico, para a melhoria dos processos de ensino/aprendizagem, e uma avaliação somativa com o intuito de verificar o quanto o residente alcançou seus objetivos preestabelecidos durante sua atuação com a equipe multiprofissional.

Ao final de cada cenário simulado, será realizado a avaliação formativa, pelos residentes, preceptores, tutores e chefias, através de um questionário de auto-avaliação dos profissionais envolvidos na simulação realística, e uma discussão avaliando o desempenho de cada membro do grupo durante a atuação. As informações que serão coletadas nesses documentos contribuirão para a promover melhoria das dificuldades encontradas, e enaltecer o que está dando certo para a equipe.

A avaliação somativa, será realizada pelo preceptor, através de um questionário elaborado, para certificar as competências adquiridas (aspectos cognitivos, as habilidades e as atitudes) durante o estágio no setor de urgência e emergência, através de sua atuação e contribuição com a equipe durante a simulação realística. Essa avaliação será realizada na semestralmente, sendo de fundamental importância para os residentes estarem cientes das conquistas ao longo do programa.

A certificação de competência será realizada num formato de avaliação durante o atendimento do residente com o paciente simulado, em conjunto com a equipe multiprofissional. Será analisado as técnicas implementadas, raciocínio clínico e associação entre a doença e o tratamento proposto, a capacidade de decisão, o vínculo entre paciente e profissional, e entre os profissionais, a capacidade de arguição, postura ética, e os aspectos cognitivos e emocionais.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a aplicação da prática pedagógica de estudo de caso, no setor de Urgência e Emergência do HC-UFTM, espera-se que os residentes tenham mais autonomia e com isso, despertem o interesse deles no seu processo formativo. A criação do centro de simulação realística proposto, e a participação direta do residente no atendimento ao paciente simulado, juntamente com a equipe, irá favorecer o engajamento deles, proporcionando uma melhoria nos atendimentos multiprofissionais na atenção terciária.

Além disso, a criação do centro de simulação, irá permitir uma melhoria nos atendimentos prestados, reduzir possíveis erros, e capacitar os residentes para um atendimento de qualidade, visando um menor tempo de internação hospitalar e redução de custos decorrentes de complicações dos pacientes.

Porém algumas limitações podem ser encontradas para a realização desse projeto de intervenção, visto que para a criação de um centro de simulação seriam necessários recursos



humanos, financeiros e estrutural, e como estamos em um hospital público universitário, trabalhamos sempre com o limite do orçamento e funcionários.

## REFERÊNCIAS

ALBURQUERQUE CP. Ensino e aprendizagem em serviços de atenção básica do SUS: desafios da formação médica com a perspectiva de integralidade: narrativas e tessituras. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2007.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências [Internet]. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF; 01 julh. 2005. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm).

CECCIM RB. Ligar gente, lançar sentido: onda branda da guerra: a propósito da invenção da Residência Multiprofissional em Saúde. *Interface*. 2009;13(28);213-37.

LONGHI DM, OLIVEIRA JC, GALHARDI MP, SANTOS MC, CAPELETTI NM, NASCIMENTO PTA. Manual de Preceptoría: Interação Comunitária Medicina UFSC-SMS. Florianópolis, julho de 2014.

NASCIMENTO DDG, OLIVEIRA MAC. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde Soc [Internet]*. 2010;19(4):814-827.

SILVA LB. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *R. Katál., Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, jan./abr. 2018 ISSN 1982-0259*.

EBSERH, SOBRE O HC-UFTM. NOSSA HISTÓRIA. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-uftm/historia>. Acesso em 14 out. 2020

SOUZA SV, FERREIRA BJ. Preceptoria: perspectivas e desafios na Residência Multiprofissional em Saúde. *ABCS Health Sci.* 2019; 44(1):15-21.