

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

**UTILIZAÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR PARA
PRECEPTORIA EM SAÚDE DURANTE AS VISITAS DA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA PÓS-OPERATÓRIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER
CANTÍDIO**

NATÁLIA LINHARES PONTE ARAGÃO

FORTALEZA/CEARÁ

2020

NATÁLIA LINHARES PONTE ARAGÃO

**ESTRATÉGIAS DE PRECEPTORIA EM SAÚDE DURANTE AS VISITAS
MULTIDISCIPLINARES DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PÓS-
OPERATÓRIA**

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): Prof (a). Patrícia Amanda Pereira Vieira

FORTALEZA/CEARÁ

2020

RESUMO

Introdução: A capacitação dos residentes durante o cotidiano das UTIs é desafiadora. As visitas multidisciplinares podem facilitar o processo. **Objetivo:** Utilizar o formulário de plano terapêutico multidisciplinar para auxiliar os residentes durante as visitas na Unidade de Terapia Intensiva Pós-operatória. **Metodologia:** Projeto de intervenção, do tipo plano de preceptoria, na UTI Pós-operatória do Hospital Universitário Walter Cantídio, através do uso do plano terapêutico durante as visitas multidisciplinares para definir metas e prazos em grupo, com auxílio de metodologias ativas. **Considerações finais:** Espera-se que o produto possa facilitar a prática pedagógica dos preceptores e envolver os residentes.

Palavras-chave: preceptoria, unidade de terapia intensiva, visita.

1 INTRODUÇÃO

Os pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são os mais suscetíveis a resultados adversos se o desempenho dos profissionais estiver abaixo do ideal (DAVIDOFF *et al.*, 2015). A UTI é um ambiente onde procedimentos e tratamentos invasivos são realizados com frequência, o que envolve risco para a segurança do paciente (FERNANDO *et al.*, 2018)

O ensino no ambiente de terapia intensiva carrega não só o desafio da complexidade dos pacientes, mas também a pressão do curto tempo para a tomada de decisões e a complexidade da comunicação da equipe multidisciplinar (MILLER *et al.*, 2016).

A pressão do tempo gera a oportunidade de trabalhar com modelos rápidos de resolução de problemas, com a elaboração de soluções rápidas (IRBY, WILKERSON, 2008). O preceptor pode formular feedbacks mais imediatos e fazer a correção de erros em tempo real e tentar engajá-los na rotina da unidade (IRBY *et al.*, 2016).

As visitas multidisciplinares à beira do leito auxiliam a delegar regras e ensinam responsabilidades em conjunto (SULLIVAN *et al.*, 2016). A comunicação aberta deve ser encorajada e os educadores devem criar um ambiente de discussão e estímulo ao raciocínio crítico (PITT, ORLANDER, 2017).

A implementação do ensino de medidas de qualidade está associada à melhoria do desempenho dos serviços aos pacientes críticos (EDWARD *et al.*, 2011; GERSHENGORN, KOCHER, FACTOR, 2014). A disponibilidade de discussão sobre as melhores práticas, resultados e recomendações baseadas em evidências pode diminuir a variação da prática dos profissionais e melhorar os resultados da UTI (SANTHOSH *et al.*, 2017).

A capacitação dos residentes multidisciplinares durante o cotidiano das instituições de saúde é um grande desafio devido à grande demanda e sobrecarga dos serviços disponibilizados para o recebimento da população com agravos e necessitados de assistência à saúde (SANT'ANA, PEREIRA, 2016). Os hospitais universitários têm papel fundamental na forma-

ção e capacitação de todos os profissionais na área da saúde, e sua concepção se caracteriza, tradicionalmente, por ser a instituição que faz um prolongamento de um ambiente de ensino.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação na área da saúde (DCN) do Ministério da Saúde estabelecem as competências e habilidades gerais a serem desenvolvidas no processo de formação do médico - atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, e educação permanente buscando romper com o modelo tradicional de formação (BEASIL, 2001). Essas habilidades podem ser bem desenvolvidas no ambiente de Terapia Intensiva.

MISSAKA *et al.*, (2010) descreveram em uma tese o uso do cenário da emergência e da Medicina Intensiva como ambiente pedagógico. Foi observado que, quando o profissional extrapola a mera assistência ao paciente, ao assumir a responsabilidade de ser preceptor de um aluno, pode gerar um melhor cuidado ao paciente, na medida em que necessita demonstrar compromisso e postura ética. Essa característica configura o que aqui se considera uma relação pedagógica, ou seja, uma relação que se encontra no agir humano, na resolução dos problemas da existência humana, mostrando a capacidade de o homem conhecer e estar aberto para o outro, tomando atitudes diante da realidade, aprendendo a fazer com o outro.

NORMAN (2005) fala da necessidade de adaptação dos conhecimentos à prática clínica e comenta que isso pode ser facilitado pelo preceptor através de scripts mentais. Ou seja, na discussão de casos, o intelecto do preceptor, suas reflexões e pensamento interativo para o diagnóstico, planejamento e condução da situação em questão, conecta-se com o exercício prático da medicina, num processo dinâmico da preceptoria.

Frente ao exposto, trago reflexões da minha vivência como médica diarista da UTI Pós-operatória. Durante a prática diária, recebo, junto com minha equipe, vários residentes de diferentes áreas da saúde por trabalharmos em um hospital integrado a uma universidade. Percebo as minhas dificuldades como profissional de saúde em atuar como preceptora e a necessidade de desenvolver práticas pedagógicas que facilitem a atuação dos preceptores da equipe multidisciplinar. Entendo que é importante questionar a boa relação entre ensino e serviço, no intuito de favorecer a atividade prática.

A realização da especialização em preceptoria em saúde foi de extrema importância pois possibilitou uma reavaliação do processo de ensino no contexto da prática clínica diária, o que permitiu grande crescimento profissional e pessoal.

Nesse contexto, a relevância do estudo pauta-se na necessidade do desenvolvimento de um plano de preceptoria que contribua para a melhoria do ensino dentro da UTI. Tendo em vista que as discussões multidisciplinares podem melhorar a qualidade da assistência prestada

ao paciente crítico, este plano de preceptoria busca envolver os profissionais da assistência como mediadores do processo ensino-aprendizagem dentro do ambiente de terapia intensiva.

2 OBJETIVO

Utilizar o formulário de plano terapêutico multidisciplinar para auxiliar os residentes durante as visitas na Unidade de Terapia Intensiva Pós-operatória.

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 estudo será realizado na Unidade de Terapia Intensiva Pós-operatória (UTI) do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), localizado no município de Fortaleza - Ceará. A referida instituição consiste em uma unidade de referência local e regional para a assistência de alta complexidade à saúde, atuando de forma integrada e como suporte aos demais níveis de atenção. O hospital destaca-se como centro de referência para a formação de recursos humanos na área da saúde, incentivando e promovendo o ensino e o desenvolvimento de pesquisas.

Os serviços oferecidos na instituição estão distribuídos na seguinte estrutura física: ambulatórios, UTI, centros de hemodiálise, unidade de transplante renal, unidade de transplante hepático, clínica cirúrgica, clínica médica, centro cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica, pediatria, dentre outros.

A UTI pós-operatória, cenário do estudo, é constituída por oito leitos. Estes são destinados ao internamento de pacientes adultos, principalmente provenientes do centro cirúrgico, após cirurgias de alta complexidade, que demandam monitorização e/ou suportes no pós-operatório. No entanto, em caso de necessidade do hospital, podem ser admitidos pacientes provenientes de outras unidades hospitalares e ambulatoriais da região, bem como, de leitos de enfermarias do próprio hospital.

Este plano será executado pelos preceptores que exercem atividades assistenciais na referida unidade. Essa equipe é formada por um médico coordenador, um médico diarista, um enfermeiro coordenador, um farmacêutico, um psicólogo e a equipe multidisciplinar que se

revezar a cada plantão e é composta, por plantão, de um médico, dois enfermeiros e um fisioterapeuta.

O público alvo serão todos os residentes em saúde com rodízio regular na UTI Pós-operatória. Podem estagiar a cada mês até três residentes de medicina (medicina intensiva, cirurgia geral e anestesiologia), dois de enfermagem, um de fisioterapia, um de nutrição e um de farmácia. Os rodízios mensais se repetem conforme a demanda de cada residência em saúde.

3.3 ELEMENTOS DO PP

Será utilizado o formulário de plano terapêutico multidisciplinar (APÊNDICE 1), que ainda será estruturado como formulário eletrônico pela equipe de informática, com acesso em formato de link para utilização em computadores e outros dispositivos eletrônicos móveis, como celulares e tablets.

O uso se dará em uma visita semanal da UTI Pós-operatória (primeira visita de cada semana). Por meio dele, serão definidas as metas de médio e longo prazo de forma singular, para cada paciente da unidade. Este formulário foi desenvolvido a partir de uma demanda da interna, como resultado de discussões com a equipe multidisciplinar da unidade.

Na presença dos residentes durante a visita, estes deverão realizar o preenchimento do formulário, supervisionados pelos membros da equipe multidisciplinar atuante na unidade.

Na última visita multidisciplinar da semana será avaliado o cumprimento de cada meta, o cumprimento dos prazos descritos e a definição de novos prazos para as metas ainda não cumpridas.

Ao término desta visita, será realizada uma roda de conversa incluindo os residentes e a equipe multidisciplinar para compreender as dificuldades em executar as metas do formulário. Será feito uso de metodologias ativas para a definição de novas estratégias para as pendências, que serão discutidas em grupo.

3.4 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

3.4.1. FRAGILIDADES

- Despreparo em atuar com as metodologias ativas: Há uma tendência dos profissionais de atuar nos aspectos técnicos da profissão, em detrimento do processo de ensino com envolvimento multiprofissional.

- Dificuldades relacionadas a gestão do processo didático na UTI: O cotidiano da UTI tem uma série de demandas que exigem uma rigorosa gestão de tempo, o que dificulta o processo de parar e refletir sobre os processos de aprendizagem.

3.4.2. OPORTUNIDADES

- Possibilidade de repensar práticas: O processo de preceptoria na rotina da UTI pode estimular a efetivação de mudanças práticas pela presença de residentes e profissionais de várias áreas da saúde, o que permite a troca de saberes em momentos de aprendizagem coletiva.
- Trabalho interprofissional: O envolvimento de várias áreas profissionais no processo de preceptoria fortalece o trabalho em equipe e melhora o relacionamento do grupo da UTI.

3.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Serão geradas planilhas automaticamente a partir do preenchimento do formulário, que serão submetidas a avaliação semanal, em conjunto com o gerenciamento dos indicadores de qualidade da UTI. Será avaliada a capacidade do residente de preenchimento dos dados correspondentes a sua área de atuação.

Na roda de conversa da última visita de cada semana será feita uma avaliação subjetiva com o grupo de residentes. Será feito o uso de metodologias ativas para estimular o grupo a identificar problemas ativos na unidade na semana corrente e o levantamento de estratégias de solucioná-los na semana seguinte.

Ao término da reunião será estimulado o feedback dos profissionais que orientaram o preenchimento dos formulários durante as visitas multidisciplinares.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto será aplicado após a especialização em preceptoria em saúde e a elaboração do produto “plano de preceptoria” foi baseada nos ensinamentos obtidos no curso.

Tendo como objetivo a utilização de um instrumento estruturado para auxiliar os residentes durante as visitas multidisciplinares na Unidade de Terapia Intensiva Pós-operatória, este plano se propõe a aperfeiçoar a formação dos residentes com a participação da equipe multidisciplinar da UTI.

Espera-se que o produto de intervenção possa, além de facilitar a prática pedagógica dos preceptores, também envolver residentes no processo de ensino.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº4, de 07 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF: Publicada no Diário Oficial da União, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.
- DAVIDOFF, F.; DIXON-WOODS, M.; LEVITON L. *et al.* Demystifying theory and its use in improvement. **BMJ Qual Saf.** v. 24, p. 228-38, 2015.
- EDWARD, A.; KUMAR, B.; KAKAR, F. *et al.* Con guring balanced scorecards for measuring health system performance: evidence from 5 years' evaluation in Afghanistan. **PLoS Med.** v. 8, n. 7, p. e1001066, 2011.
- FERNANDO, SM.; NEILPOVITZ, D.; SARTI, AJ. *et al.* Monitoring intensive care unit performance impact of a novel individualised performance scorecard in critical care medicine: a mixed-methods study protocol. **BMJ Open.** v. 21, n. 1, p. e019165, 2018.
- GERSHENGORN, HB.; KOCHER, R.; FACTOR, P. Management strategies to effect change in intensive care units: lessons from the world of business. Part II. Quality-improvement strategies. **Ann Am Thorac Soc.** v. 11, p. 444-53, 2014.
- IRBY DM, WILKERSON L. Teaching when time is limited. **BMJ.** v. 336, n. 7640, p. 384-387, 2008.
- CARLOS WG, KRITTEK PA, CLAY AS. *et al.* Teaching at the bedside. Maximal impact in minimal time. **Ann Am Thorac Soc.** v. 13, n. 4, p. 545-8, 2016.
- MILLER, DC.; MCSPARRON, JI.; CLARDY, PF. *et al.* Improving resident communication in the intensive care Unit. The proceduralization of physician communication with patients and their surrogates. **Ann Am Thorac Soc.** v. 13, n. 9, p. 1624-1628, 2016.
- MISSAKA HA **Prática Pedagógica dos Preceptores do Inter- nato em Emergência e Medicina Intensiva de um Serviço Público Não Universitário**. Rio de Janeiro; 2010. Mestrado. – Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- NORMAN, G. Research in clinical reasoning: past history and current trends. **Medical Education,** v. 39, p. 418–427, 2005.
- PITT MB, ORLANDER JD. Bringing mini-chalk talks to the bedside to enhance clinical teaching. **Med Educ Online.** v. 22, n. 1, p. 1264120, 2017.
- SANT'ANA, ERB.; PEREIRA, ERS. Preceptoría Médica em Serviço de Urgência e Emergência Hospitalar na perspectiva de Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica.** v. 40, n.2, 2016.

SANTHOSH, L.; JAIN, S.; BRADY, A.; *et al.* Intensive care unit educators: a multicenter evaluation of behaviors residents value in attending physicians. **Ann Am Thorac Soc.** v. 14, n. 4, p. 513-516, 2017.

SULLIVAN, AM.; ROCK, LK.; GADMER, NM. et al. The impact of resident training on communication with families in the intensive care unit. Resident and family outcomes. **Ann Am Thorac Soc.** v. 13, n. 4, p. 512-521, 2016.

APÊNDICE 1: Plano terapêutico Multidisciplinar da Unidade de Terapia Intensiva



Tipo de documento	Plano Terapêutico	xxx/xxxx N° xx
Título do documento	PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	Emissão: xx/xx/xxxx
		Revisão N°: 00
		Data: 00/00/00

Identificação

Nome:	
Prontuário:	Data da Admissão:
Diagnóstico:	
Comorbidades:	

Plano de Sedação

Existe indicação de sedação contínua?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Meta de sedação	RASS:	
Prazo para retirada da sedação	Dias:	

Plano de Antibioticoterapia

O uso de antibióticos está indicado?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Data de início	Prazo para reavaliar	
Foram coletadas culturas?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Material:	Secreção traqueobrônquica <input type="checkbox"/>	Sangue <input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/>
Data de coleta	Prazo para checar	

Programação com Fisioterapia

Paciente intubado?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Data da intubação:
Indicado cálculo da mecânica respiratória?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
PEEP ideal calculada:	mmHg:		
Meta de volume corrente	ml/kg:		
Prazo para desmame de VM	Dias:		
Há programação de VNI após extubação?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Há contra-indicação à mobilização precoce?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Prazo para início de fisioterapia motora	Dias:		
Plano de mobilização	Sentar no leito <input type="checkbox"/>	Sentar na poltrona <input type="checkbox"/>	

Programação com Nutrição

Indicada dieta zero?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Data de início da dieta zero:
Terapia Nutricional	Oral <input type="checkbox"/>	Enteral <input type="checkbox"/>	Parenteral <input type="checkbox"/>
Meta calórica	kcal/kg:		
Meta proteica	g/kg/dia		
Prazo para atingir a meta	Dias:		

Programação com Enfermagem

Há necessidade de sonda vesical de demora?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Data da inserção	Plano de retirada	Dias:
Há necessidade de cateter venoso central?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Data da inserção	Plano de retirada	Dias:
Troca de equipos	Data:	Prazo de troca: Dias:
Foi identificada úlcera de pressão?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Plano de recuperação da pele com lesão		

Programação com Farmácia

Profilaxia para TEV	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Profilaxia para úlcera péptica	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Profilaxia para PAV	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Profilaxia para síndrome do olho seco	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Interação medicamentosa relevante?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Identificação da interação:		
Incompatibilidade medicamentosa relevante?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Identificação da incompatibilidade:		
Prazo para conciliação medicamentosa	Dias:	

Programação com Psicologia

Realizada avaliação inicial com:	Paciente <input type="checkbox"/>	família <input type="checkbox"/>
Acompanhamento psicológico ao paciente?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Acompanhamento psicológico ao familiar?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Encaminhamentos:		
Prazo para os encaminhamentos:		

Intenção Terapêutica

Existe alguma limitação terapêutica?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Prazo para reavaliação terapêutica	Dias:	
Existe necessidade de agendar reunião familiar?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Prazo para reunião familiar	Dias:	

Definição de Seguimento

Prognóstico	Crítico, risco de óbito <input type="checkbox"/>	Perspectiva de melhora <input type="checkbox"/>	Cuidados paliativos <input type="checkbox"/>
Prazo para reavaliar o prognóstico	Dias:		
Perspectiva de alta da UTI	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Plano de alta	Dias:		

Observações da Equipe Multidisciplinar