



O uso de tecnologias educativas como ferramenta de ensino e aprendizado na gestão de leitos de urgência e emergência

The use of educational technologies as a teaching and learning tool in the management of urgent and emergency beds

El uso de tecnologías educativas como herramienta de enseñanza y aprendizaje en la gestión de camas de urgencia y emergencia

Francileni Carvalho Monteiro^{1,2}, Fernanda Tainá Oliveira da Cruz¹, Cleber Leonardo de Souza Campos^{1,2}, Ilma Pastana Ferreira¹, Gecila Amoedo da Cunha^{1,2}, Ana Cristina Vidigal Soeiro¹, Sâmia Cristine Rabelo Borges², Socorro Nazaré Araújo Almeida Barbosa^{1,2}, Caio Vinicius Botelho Brito¹, Valeria Marques Ferreira Normando¹.

RESUMO

Objetivo: Discutir a utilização de Tecnologias Cuidativas-Educacionais na formação de residentes multiprofissionais quanto a atuação do núcleo interno de regulação de leitos de urgência e emergência. **Revisão bibliográfica:** Os programas de residência visam a qualificação profissional e integração de saberes. O Núcleo Interno de Regulação surge como uma estratégia para uma gestão mais eficiente da Rede de Atenção à Saúde (RAS), muito necessário para garantir o acesso do usuário em tempo oportuno. As Tecnologias Cuidativas-Educacionais são mencionadas como ferramentas para promover cuidado reflexivo e educação em saúde, contribuindo para uma assistência baseada em evidências. **Considerações finais:** O programa de residência multiprofissional é essencial para formar profissionais capacitados na assistência e gestão do serviço, incluindo o núcleo interno de regulação. Treinamentos regulares, tecnologias cuidativas-educacionais validadas e aprimoramento do Núcleo Interno de Regulação visam garantir a segurança do paciente e atingir metas de qualidade, como comunicação eficaz e redução de filas de espera.

Palavras-chave: Programa de residência, Gestão de leitos hospitalar, Tecnologia cuidativa-educacional.

ABSTRACT

Objective: Discuss the use of Care-Educational Technologies for training multidisciplinary residents regarding the performance of the internal nucleus for regulating urgent and emergency hospital beds. **Literature review:** health residency programs aim to train and qualify professionals, promoting the integration of knowledge and reflection on professional practice. In the scope of bed management, the Internal Regulation Center emerges as a strategy to coordinate and organize the Health Care Network, enabling more efficient management and orderly patient care. As for communication technologies, Care-Educational Technologies are highlighted for their ability to promote health care and education in an integrated and reflective way, contributing to evidence-

¹ Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém-PA.

² Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV), Belém - PA.

based care and improving the quality of health services. **Final considerations:** The multi-professional residency program is essential to train professionals capable of assisting and managing the service, including the internal regulation center. Regular training, validated care-educational technologies and improvement of the internal regulation center aim to ensure patient safety and achieve quality goals, such as effective communication and reducing waiting lists.

Keywords: Residency program, Hospital bed management, Care-educational technology.

RESUMEN

Objetivo: Discutir el uso de Tecnologías Cuidado-Educativas para la formación de residentes multidisciplinares sobre el desempeño del núcleo interno de regulación de camas de urgencia y emergencia. **Revisión de la literatura:** Los programas de residencia tienen como objetivo la calificación profesional y la integración de conocimientos. El Centro de Regulación Interna aparece como una estrategia para una gestión más eficiente de la Red de Atención a la Salud. Las Tecnologías Cuidado-Educativas se mencionan como herramientas para promover la atención reflexiva y la educación en salud, contribuyendo a la atención basada en evidencia. **Consideraciones finales:** El programa de residencia multiprofesional es fundamental para formar profesionales capaces de atender y gestionar el servicio, incluido el centro de regulación interna. La formación periódica, las tecnologías asistenciales-educativas validadas y la mejora del centro de regulación interna tienen como objetivo garantizar la seguridad del paciente y alcanzar objetivos de calidad, como la comunicación eficaz y la reducción de las listas de espera.

Palabras clave: Programa de residencia, Gestión de camas hospitalarias, Tecnología cuidado-educacional.

INTRODUÇÃO

Os programas de residência em saúde, promovidos pelo Ministério da Saúde, visam formar e capacitar profissionais da área, enquanto também aprimoram a atividade dos preceptores. Esses programas têm como foco a formação em serviço, permitindo que os residentes desenvolvam habilidades enquanto trabalham. O objetivo principal é promover a excelência no exercício profissional, integrando profissionais, comunidade e gestão, de modo a aprimorar as ações no campo assistencial.

A residência multiprofissional busca integrar conhecimentos, proporcionando experiências diretas na rede de atenção à saúde em diversos contextos, promovendo reflexões sobre a prática profissional e as interações com os usuários do serviço (MOREIRA KFA, et al., 2022; SILVA JC, et al., 2015; SILVA CA e DALDELLO-ARAUJO M, 2020).

O Sistema Único de Saúde (SUS) opera em múltiplos níveis de atenção devido à sua complexidade e diversidade, e dessa forma, os rodízios na Rede de Atenção à Saúde (RAS) proporcionam aos profissionais recém-formados uma variedade de experiências, complementando suas vivências durante a graduação.

Nesse cenário, a regulação exerce importante função para garantir acesso e distribuição adequados de serviços de saúde, adaptando a oferta conforme a demanda e as necessidades da população atendida, possibilitando a execução de serviços o mais próximo possível dos locais onde podem ser necessários (FLOR TBM, et al., 2022; BRASIL, 2010; SANCHEZ RM e CICONELLI RM, 2012).

O Núcleo de Regulação Interna (NIR) desempenha um papel fundamental na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), pois coordena e organiza as ações dentro do ambiente hospitalar. Ele é responsável por monitorar o paciente desde a chegada até sua alta, garantindo uma atuação ágil e correta diante das diversas situações agudas apresentadas.

Essa estratégia visa integrar os diferentes pontos de atenção da rede, proporcionando um atendimento eficiente e coordenado às mais diversas situações de urgência e emergência (BRASIL, 2013). Neste cenário, a qualificação do profissional no NIR é crucial para garantir decisões rápidas e precisas, coordenação eficaz dos fluxos de pacientes, comunicação eficiente entre equipes e gestão adequada de crises. Profissionais

bem-preparados mantêm-se atualizados e são fundamentais para o funcionamento eficiente da RUE, assegurando um atendimento de qualidade aos pacientes em situações críticas.

Assim, a capacitação dos residentes e dos demais profissionais na temática se faz necessária, especialmente por seu papel na oferta de treinamento em serviço (MICCAS FL e BATISTA SHS, 2014). Neste contexto, as Tecnologias Cuidativas-Educacionais (TCE) desempenham um papel relevante, atuando como ferramentas que facilitam o cuidado e a educação em saúde.

Essas tecnologias, construídas com base na Prática Baseada em Evidências (PBE), promovem a troca de conhecimentos e o aprimoramento das competências dos profissionais de saúde, garantindo a segurança e qualidade do serviço (SALBERGO C, et al., 2018; SCHNEIDER LR, et al., 2018). Diante do exposto, esta revisão narrativa teve como objetivo de discutir a utilização de Tecnologias Cuidativas-Educacionais na formação de residentes multiprofissionais quanto a atuação do núcleo interno de regulação de leitos de urgência e emergência.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Formação profissional de residentes: uma estratégia de qualificações das ações e do cuidado em saúde

Os programas de residência em saúde são iniciativas do Ministério da Saúde que contemplam a formação do universitário e do profissional de saúde, como também qualificam os preceptores de residentes nos diversos cenários, objetivando as transformações necessárias no ensino e na atenção à saúde (MOREIRA KFA, et al., 2022).

Ademais, a residência multiprofissional em saúde é uma modalidade de pós-graduação do tipo *lato sensu* que tem como finalidade a formação de profissionais diferenciados dentro do SUS, a construção interdisciplinar, o trabalho em equipe, a educação permanente e reorientação e reorganização das lógicas técnico assistências (CARNEIRO EM, et al., 2021).

Esse tipo de pós-graduação tem como característica principal a formação em serviço, fazendo com que o residente desenvolva habilidades em conjunto com a rotina de trabalho. Assim, o objetivo é promover o exercício profissional com excelência nas áreas de cuidado integral à saúde, interligando os profissionais, a comunidade e a gestão, visando à melhoria da qualidade de vida (SILVA JC, et al., 2015).

Os programas de residência multiprofissionais buscam integrar saberes, permitindo a experiência do profissional da saúde na atuação direta com a rede de atenção, em diferentes contextos. Neste sentido, trata-se de um espaço propício para gerar reflexões acerca da prática profissional, e para fomentar relações institucionais, interpessoais e com os usuários do serviço (SILVA CA e DALDELLO-ARAUJO M, 2020).

O programa de residência favorece a integralidade do SUS, por contar com a presença de diferentes profissionais, com formação em áreas do conhecimento distintas. Assim, diagnóstico e terapêutica são orientados para uma compreensão de saúde mais abrangente, que supere as limitações do modelo biomédico (ROSA SD e LOPES RE, 2010).

Em outro sentido, os programas de residências podem ser concebidos como um espaço de aprimoramento de habilidades e aquisição de conhecimentos não adquiridos durante a graduação, superando o afastamento que algumas categorias profissionais têm do SUS.

Os rodízios em diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, possibilitam que o profissional recém-formado conheça cenários nos quais não teve vivência durante a graduação, constituindo uma oportunidade para a articulação de conhecimentos teóricos e práticos (FLOR TBM, et al., 2022).

O percurso curricular do aluno no contexto saúde precisa ser estruturado a partir de situações concretas e das necessidades da sociedade, para que, partindo de problemas existentes, o educando se sinta instigado a buscar respostas no campo do conhecimento, sobretudo, no cenário da prática transformadora e resolutiva.

Os preceptores e tutores do programa de residência tem um duplo trabalho: problematizar e, essencialmente, ensinar os princípios e métodos dessa prática aos seus residentes (MAROJA MCS, et al., 2020).

O preceptor corresponde a um profissional que tem experiência no campo de prática, a quem é atribuída a função principal de guiar o residente em sua atuação, estreitando a distância entre teoria e prática. Além disso, o preceptor desenvolve um papel primordial na inserção e socialização do profissional residente no ambiente de trabalho. Dessa forma, ele é encarregado de ajudar o novo profissional a adquirir prática, até que este tenha maior confiança e segurança em suas atividades diárias (BOTTI SHO e REGO ST, 2011).

O preceptor deve ampliar seus conhecimentos para exercer essa função, assumindo um compromisso com a aprendizagem do seu residente, fundamentando o conhecimento teórico na prática diária. Dessa forma, esse profissional precisa ser capaz de atender aos desafios da especialização e do trabalho em saúde, adentrando em um processo pedagógico problematizador (RIBEIRO VMB, et al., 2015).

Existe uma diferença entre a definição do papel do preceptor na teoria e suas atribuições na prática. Estudos apontam que, devido à ausência de formação para exercer essa atribuição, muitos preceptores divergem em relação a suas funções, surgindo, assim, muitas dificuldades na organização e funcionamento dos programas de residência (AUTONOMO FRO, et al., 2015).

A formação profissional dos residentes é um trabalho em equipe, principalmente de maneira interprofissional. Na residência multiprofissional, viabilizam-se ações conjuntas que buscam trazer benefícios para o paciente, portanto, a comunicação é parte da rotina do trabalho em saúde, possibilitando articular as inúmeras ações executadas na equipe, no serviço e na rede de atenção (CASANOVA IA, et al., 2015).

Tal integração favorece a construção de um saber interdisciplinar e uma parceria na tomada de decisões, estimulando o olhar holístico e integral, e reduzindo a fragmentação da atenção e do cuidado em saúde. Esse trabalho em conjunto possibilita uma atuação dinâmica dos residentes e profissionais, com objetivos comuns e com corresponsabilidades (MACHADO MFAS, et al., 2018).

As habilidades desenvolvidas durante a residência são imprescindíveis para o processo formativo dos residentes multiprofissionais, por ser uma modalidade que exige o trabalho em equipe. O trabalho em conjunto interdisciplinar favorece a superação de dificuldades no processo de cuidar, tais como a falta de um tratamento focado no usuário, a gestão distante da realidade e a organização prioritariamente pautada em problemas internos (SONRAZ D e PISCO LAC, 2017).

Mesmo com as suas dificuldades, o programa multiprofissional de residência ainda pode ser visto como uma forma de transformar a realidade encontrada no SUS, pois é responsável pela formação de profissionais que, atuam na produção de saúde, e que não tenham apenas a preocupação com o somatório das ações, mas também, com o que existe de comum entre elas, proporcionado, assim, mudanças de paradigmas estabelecidos (SILVA CT, et al., 2016).

Assim, a residência traz contribuições para o próprio serviço em que ela está inserida, pois torna-se uma ferramenta fundamental para o aperfeiçoamento dos profissionais através da educação permanente em saúde. Os residentes auxiliam no aperfeiçoamento dos trabalhadores, promovendo a reorganização do espaço de produção de saúde, fomentando um movimento que coloca os processos em análise (SILVA CA e DALDELLO-ARAUJO M, 2020).

Gestão de leitos de urgência e emergência na formação dos residentes

O SUS abrange diversos níveis de atenção (primária, secundária e terciária) para seu pleno funcionamento. Isso ocorre devido ao seu caráter multifatorial e a complexidade do sistema, apresentando fontes diversificadas de financiamento, profissionais com diferentes formações e especialidades, disparidade estrutural e de recursos tecnológicos. Além da variedade do público usuário dentro do mesmo sistema (ARRUDA C, et al., 2015). As RAS foram definidas pelo Ministério da Saúde como uma estrutura organizacional, utilizada como estratégia para superar o modelo fragmentado de gestão em saúde entre os diferentes níveis de atenção de serviço. Essa estratégia tem o objetivo assegurar efetividade e eficiência nos serviços e ações que são oferecidos aos usuários (BRASIL, 2010).

Considerando tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados, bem como a demanda pela população. Nesse sentido, visando garantir o acesso e alocação adequados para os indivíduos, foi criada a regulação dos leitos, que permite a oferta dos serviços o mais próxima possível de onde possa surgir a necessidade (SANCHEZ RM e CICONELLI RM, 2012).

Com as crescentes demandas dos cenários de urgência e emergência, foi necessária a elaboração de orientações formais que favorecessem a organização das ações em saúde, de maneira que as intervenções nesse contexto pudessem ser geridas de maneira rápida e resolutiva. Portanto, em 2011, através da Portaria nº 1600 do Ministério da Saúde, foi instituída a Rede de Urgência e Emergência (RUE) (BRASIL, 2011). Trata-se de uma rede formada por diferentes pontos de atenção à saúde, os quais devem funcionar de maneira articulada e integrada, com capacidade para intervir de maneira ágil e pontual em situações agudas apresentadas pelos usuários do serviço de saúde (BRASIL, 2013).

Visando dar suporte à coordenação e organização da RAS a nível nacional, especialmente no ambiente hospitalar, em 30 de dezembro de 2013, foi criado o Núcleo de Regulação Interna (NIR), através da Portaria Nº 3.390 do Ministério da Saúde. O NIR é definido como uma unidade técnico-administrativa responsável por monitorar o paciente desde a sua chegada na instituição hospitalar até a alta (BRASIL, 2013) (BRASIL, 2013). Antes do surgimento do NIR, não havia uma sistematização sobre o acompanhamento à internação e alta, ficando a critério da equipe médica assistencial as decisões.

Assim, não era levada em consideração a complexidade do quadro do paciente e desconsiderado todo o contexto do seu processo saúde-doença. Com a existência do núcleo de regulação, ocorreu uma sistematização e otimização dos serviços, tanto nos ambientes ambulatoriais, quanto durante a internação, resultando no controle das demandas e na avaliação dos casos e, conseqüentemente, no atendimento ordenado de acordo com a complexidade (TAVARES PO, et al., 2021).

O NIR deve ser visto como um projeto permanente do planejamento estratégico hospitalar, constituindo peça fundamental no gerenciamento hospitalar, uma vez que sua atuação vai além da gestão de leitos, ele é a interface com as centrais de regulação. Dessa forma, é possível delinear o perfil de complexidade e de assistência do hospital, permitindo uma comunicação efetiva com os demais pontos da rede de atenção (BRASIL 2017). O NIR pode ser considerado como uma ferramenta em gestão com a capacidade de identificar a organização e gestão de leitos e fluxos de acessos.

Além disso, esse núcleo ainda pode servir como método para a otimização do funcionamento dos centros cirúrgicos, a implementação de metodologias inovadoras de gestão, bem como para atuar no planejamento, controle e avaliação da assistência à saúde. A plena atuação do NIR garante uma melhor prestação de assistência aos usuários dos serviços de saúde, por eliminar os desperdícios e atividades que não agregam valor, garantindo um desempenho elevado das instituições (MIRANDA AP, et al., 2019).

A gestão de acesso e permanência nos leitos regulados pelo NIR são rotinas cruciais para o alcance do uso efetivo da capacidade instalada. Regular o paciente certo no leito certo é uma tarefa complexa, pois envolve dinamismo e conhecimento das demandas em saúde, bem como da estrutura à disposição para diagnóstico e tratamento.

Muito além do que isso, o estabelecimento de saúde necessita estar inserido efetivamente no sistema de saúde, de modo a expandir sua capacidade de promover o melhor cuidado, recebendo e transferindo os pacientes em parceria com outras instituições (MACHADO RM, et al., 2021). Os profissionais que participam do NIR devem ter uma boa comunicação com diferentes setores do hospital, expandindo sua atuação para a esfera médico-assistencial com a participação nas discussões diárias das equipes assistenciais, comumente denominadas rounds.

Essa prática mostra-se uma grande ferramenta para diminuir, efetivamente, o tempo médio de internação hospitalar, por garantir um plano de alta realista e aplicável (SOARES VS, 2017). A pesquisa de Bastos LBR, et al. (2020) concluiu que algumas medidas são necessárias para diminuir os empecilhos enfrentados pelo NIR, dentre elas estão: melhoria na organização do fluxo assistencial em todos os níveis da rede de atenção à saúde, de modo a impactar nos indicadores de saúde mais sofríveis; garantia de leitos pela intermediação

das centrais reguladoras da saúde; políticas que incentivem a desospitalização e assegurem a eficácia da atenção primária à saúde e a qualificação dos trabalhadores para a atuação dentro do NIR e da RAS.

Logo, destaca-se a necessidade da educação permanente dos profissionais da regulação de leitos, sendo responsabilidade das instituições de saúde promoverem tal capacitação. Esses projetos podem ocorrer no próprio espaço de trabalho, assegurando a participação de todos os envolvidos e construindo o conhecimento de maneira horizontal e interdisciplinar. Assim, é possível estimular nos profissionais do NIR a compreensão de um conceito ampliado de saúde, pautado nos princípios e diretrizes do SUS (MICCAS FL e BATISTA SHS, 2014).

Assim, as capacitações devem ser rotina nas equipes assistenciais e de gestão, e devem incluir temáticas voltadas à regulação de leitos, de modo a discutir, dimensionar e qualificar a regulação dentro da RAS. Além disso, tais iniciativas ajudam a avaliar os serviços ofertados, almejando melhorias na prestação dos serviços (ALVES TMK, et al., 2021). Nesse cenário, a presença dos residentes se faz necessária, em razão de seu papel ativo como potencial integrante do serviço, como também, por sua função nas ações em educação permanente em serviço.

Uso de tecnologias comunicacionais na área da saúde

As transformações que acontecem na educação e nas políticas de saúde cobram mudanças para o processo de formação dos profissionais de saúde, com uma jornada acadêmica mais globalizada, como resultado disso um profissional mais versátil e humanizado. Para que tal objetivo seja alcançado, é necessária uma reorientação dos conteúdos curriculares e metodologias diversificadas de ensino (MARTINS YV e PADILHA WWN, 2021).

Na atual era digital em que as informações e conhecimentos emergem como protagonistas, o aprender progressivamente se firmou como uma exigência social. Para que os alunos se apropriem das potencialidades educacionais que as tecnologias digitais de informação e comunicação (TDIC) oferecem, é necessário o desenvolvimento de uma postura de estudo estratégico. Tal postura somente é alcançada, quando ocorre a adoção de estratégias de aprendizagem que possibilitem buscar, selecionar, confrontar e analisar as informações digitais disseminadas, ou seja, fazer uso criterioso e produtivo das TDIC (BELUCE AC, et al., 2021).

O uso das tecnologias educacionais aliados aos conhecimentos que os profissionais já possuem se revela como uma correta estratégia para a formação e melhoria da qualidade do serviço ofertado. As tecnologias educacionais têm o potencial de serem utilizadas como métodos que oportunizam aos alunos maior proximidade com o tema a ser trabalhado, incentivando sua participação ativa, de maneira que proceda a real assimilação do conhecimento (PAVINATI G, et al., 2022). As tecnologias educacionais incluem ferramentas artificiais que são desenvolvidas com base no conhecimento científico, visando à diminuição do esforço e a solução de dificuldades na área da saúde (PENHA JRL, et al., 2018). Nesse aspecto, podem ser definidas como qualquer intervenção responsável pela promoção de saúde, incluindo não apenas as tecnologias favorecem a interação com o paciente, como medicamentos ou técnicas cirúrgicas, mas também aquelas que interagem com os sistemas organizacionais, portanto, que dão suporte à estrutura em que o cuidado é oferecido (AMORIM FF, et al., 2010).

As Tecnologias Cuidativas-Educacionais (TCE), são compreendidas como facilitadoras do processo de cuidar e educar em saúde, sendo sua construção baseada nos saberes individuais e coletivos, possibilitando trocas e o aprimoramento de competências. Elas se apresentam de diferentes formas e podem ajudar a minimizar dúvidas do paciente, além de facilitar o processo de trabalho em saúde, por meio da orientação do cuidado para o paciente e familiares. A TCE ajuda no desenvolvimento de ferramentas, ou processos tecnológicos, que integrem a dimensão educacional e assistencial das tecnologias, de modo que ocorra a inter-relação entre o cuidar-educar (SALBERGO C, et al., 2018). Quando utilizadas no contexto hospitalar, o emprego das TCEs ajuda no enfrentamento da mecanização do trabalho e do tecnicismo. Nesse aspecto, o cuidar em saúde é concebido sob uma perspectiva pedagógica, a qual tem o objetivo de educar o indivíduo, proporcionando um pensamento crítico e reflexivo e uma aprendizagem significativa. Percebe-se que a

utilização de TCE é uma ferramenta efetiva na construção de um conhecimento com capacidade de transformar a realidade circundante. Assim, os indivíduos tornam-se autônomos diante da sua condição de vida e saúde, a partir da compreensão das dificuldades e empecilhos a que estão expostos (LANZONI GMM, et al., 2015; PRESOTTO GV, et al. 2014).

No contexto da saúde, destaca-se a assistência com práticas baseadas em evidências (PBE). A PBE tem sido definida como uma abordagem que associa as evidências científicas de melhor qualidade disponíveis com a experiência clínica e as preferências do paciente, assegurando uma forma coerente, segura e sistematizada para prover maior qualidade na assistência e a otimização dos recursos (SCHNEIDER LR, et al., 2018). Desta forma, para garantir a PBE, na construção de uma TCE, deve ser utilizado um método sistemático e organizado dividido em duas etapas: a pesquisa de campo, que permitirá identificar as necessidades do público-alvo, e a pesquisa bibliográfica aprofundada, que fundamentará os assuntos a serem abordados.

Após essas etapas, faz-se necessário a validação da tecnologia, e esse procedimento permitirá que os juízes-especialistas e o público-alvo determinem, de comum acordo, se o instrumento está apropriado para utilização (TEIXEIRA E e MOTA VMSS, 2011). É válido destacar a necessidade da adaptação da interface do instrumento empregado na realização das ações. Nessa lógica, o ajuste de método empregado para comunicação com público-alvo é esperado e deve ser expressado por meio da linguagem e aspectos lúdicos empreendidos, de maneira que haja a melhor comunicação possível com os indivíduos, fazendo com que mensagem a ser repassada seja efetiva (SOUZA LDD, et al. 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O programa de residência multiprofissional destaca-se como um ambiente de aprendizagem essencial para a formação profissional, não apenas na assistência direta ao paciente, mas também na gestão do serviço. Dessa forma, é esperado que os residentes em saúde conheçam a estrutura e a atuação no NIR, de modo a compreenderem como ocorre a regulação de leitos, fluxo e direcionamento da RAS. Nesse cenário, o uso de tecnologias cuidativas-educacionais pode ser utilizado para auxiliar o aprendizado e atuação dos residentes, o que requer a sistematização de importantes etapas para o seu desenvolvimento, incluindo a construção e validação como parte do trajeto metodológico. Destarte, tais tecnologias tem o potencial de contribuir para aprimorar a segurança do paciente no ambiente hospitalar favorecendo o atendimento às diferentes demandas dos usuários assistidos pelo serviço.

REFERÊNCIAS

1. AMORIM FF, et al. Avaliação de tecnologias em saúde: contexto histórico e perspectivas. *Comunicação em ciências da saúde*, 2010; 2(4): 343-348.
2. ALVES TMK, et al. Desafios da regulação do acesso à assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde em uma metrópole norte brasileira. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(3): e6491.
3. ARRUDA C, et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. *Escola Anna Nery*, 2015; 19(1): 169-173.
4. AUTONOMO FROM, et al. A Preceptoría na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária—Análise das Publicações Brasileiras. *Revista brasileira de educação médica*, 2015; 39: 316-327.
5. BASTOS LBR, et al. Practices and challenges on coordinating the Brazilian Unified Health System. *Revista de Saúde Pública*, 2020; 54(25): 1-13.
6. BELUCE AC, et al. Learning Strategies and Digital Technologies Scale: High School and University Teaching. *Avaliacao Psicologica*, 2021; 20(4): 463–474.
7. BOTTI SHO, REGO ST. A Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 2011; 21(1): 65-85.
8. BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acessado em: 15 de março de 2024.
9. BRASIL. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acessado em: 10 de março de 2024.
10. BRASIL. Portaria No 3.390, de 30 dezembro de 2013. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acessado em: 10 de março de 2024.

11. BRASIL. Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2017. Disponível em: https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Manual_NIR.pdf. Acessado em: 13 de março de 2024.
12. CARNEIRO EM et al. The multiprofessional residency in health: Newcomers' expectations and students' perceptions. *Physis*, 2021; 31(3):1-19.
13. CASANOVA IA, et al. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sciences*, 2015; 40(3): 229-233.
14. FLOR TBM, et al. Formação na Residência Multiprofissional em Atenção Básica: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2022; 27: 921-936.
15. LANZONI GMM, et al. Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistencial e gerencial. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2015; 17(2): 322-332.
16. MACHADO MFAS, et al. Competências em promoção da saúde: o domínio parceria na residência multiprofissional em saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 2018; 31(4): 1-7.
17. MACHADO RM, et al. Implantação e operacionalização do Núcleo Interno de Regulação hospitalar: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 2021; 10(6):1-14.
18. MAROJA MCS, et al. Challenges of a questioning education to health professionals in a multiprofessional residency program. *Interface: Communication, Health, Education*, 2020; 24: e180616.
19. MARTINS YVM, PADILHA WWN. Estratégias pedagógicas de inclusão e retenção de estudantes em tempos de pandemia. *Revista da ABENO*, 2021; 21(1): 1263.
20. MICCAS FL, BATISTA SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Revista de Saúde Pública*, 2014; 48(1): 170-185.
21. MIRANDA AP, et al. Gestão de leitos: Núcleo Interno de Regulação uma ferramenta fundamental a unidade hospitalar. 6 ed. Ponta Grossa: Prevenção e Promoção 6 - Editora Atena, 2019; 104-110.
22. MOREIRA KFA, et al. Metodologias ativas e o ensino remoto: integrando o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde – Interprofissionalidade e a residência multiprofissional. *Revista de APS*, 2022; 24(3): 594-601.
23. PAVINATI G, et al. Tecnologias educacionais para o desenvolvimento de educação na saúde: uma revisão integrativa. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 2022; 26(3): 328-349.
24. PENHA JRL, et al. Validação e utilização de novas tecnologias na saúde e educação: uma revisão integrativa. *Revista interdisciplinar de promoção da saúde*, 2018; 1(3): 199-206.
25. PRESOTTO GV, et al. Dimensões do trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 2014; 15(5): 760-770.
26. RIBEIRO VMB, et al. Formação de Professores e Preceptores no contexto de inovações curriculares. *Revista Docência do Ensino Superior*, 2015; 5(2): 57-78.
27. ROSA SD, LOPES RE. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trabalho, educação e saúde*, 2010; 7(3): 479-498.
28. SALBEGO C, et al. Tecnologias cuidativo-educacionais: um conceito emergente da práxis de enfermeiros em contexto hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2018; 71(6): 2825-2833.
29. SANCHEZ RM, CICONELLI RM. Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2012; 31(3): 260-268.
30. SCHNEIDER LR, et al. As práticas baseadas em evidências no contexto de Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate*, 2018; 42(118): 594-605.
31. SILVA CA, DALBELLO-ARAUJO M. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. *Saúde debate*, 2020; 43(123): 1240-1258.
32. SILVA CT, et al. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 2016; 25: e2760014.
33. SILVA JC, et al. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2015; 28(2): 132-138.
34. SOARES VS. Analysis of the Internal Bed Regulation Committees from hospitals of a Southern. *Einstein*, 2017; 15(3): 339-343.
35. SORANZ D, PISCO LAC. Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22: 679-686.
36. SOUZA LDD, et al. Tecnologias digitais no ensino de química: uma breve revisão das categorias e ferramentas disponíveis. *Revista Virtual de Química*, 2021; 13(3): 713-746.
37. TAVARES PO, et al. Núcleo Interno De Regulação Hospitalar: Cenário Para Atuação Do Enfermeiro. *Revista GepesVida*, 2021; 9(22): 45-60.
38. TEXEIRA E, MOTA VMSS. Educação em saúde: tecnologias educacionais em foco. São Paulo: Difusão Editora, 2011.