

**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**

**MODELOS DE EDUCAÇÃO CONTINUADA E PLANOS DE MODERNIZAÇÃO  
PROGRESSIVA COMO ESTRATÉGIAS DE ENSINO E SEGURANÇA EM SAÚDE  
DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA DE PEDIATRIA -  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS**

**FERNANDA CRISTINA RODRIGUES DUBOURG**

**SALVADOR/BA**

**2020**

**FERNANDA CRISTINA RODRIGUES DUBOURG**

**MODELOS DE EDUCAÇÃO CONTINUADA E PLANOS DE MODERNIZAÇÃO  
PROGRESSIVA COMO ESTRATÉGIAS DE ENSINO E SEGURANÇA EM SAÚDE  
DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA DE PEDIATRIA -  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS**

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). Lívia dos Santos  
Brito

**SALVADOR/BAHIA 2020**

## RESUMO

**Introdução:** O emprego de novas metodologias de aprendizagem baseadas em problemas contribuiu para transformar a visão do discente acerca da graduação e atuação do profissional médico. **Objetivo:** Integrar médicos residentes na discussão de modelos de educação continuada e elaboração de planos para modernização progressiva do ambiente hospitalar. **Metodologia:** Projeto de intervenção tipo Plano de Preceptorial, no Hospital Universitário Professor Edgard Santos, com médicos residentes de pediatria. **Considerações finais:** A participação na elaboração de modelos de educação continuada e planos de modernização progressiva do ambiente hospitalar permite a ampliação do conhecimento científico e segurança em saúde.

Palavras-chave: preceptorial; educação; saúde;

## PLANO DE PRECEPTORIA (PP)

### 1. INTRODUÇÃO:

O emprego de novas metodologias de aprendizagem baseada em problemas, também conhecida como PBL (do inglês *Problem Based Learning*), contribuiu para transformar a visão do próprio discente acerca da graduação e a atuação do profissional médico (MEIRELES, 2019; RIBEIRO, 2008). A filosofia do PBL se apresentava com uma proposta de aprendizagem centrada no aluno, com integração de disciplinas que trabalhariam o conteúdo cognitivo (BERBEL, 1998).

O estudo do professor Edgard Dale, em 1946, que transformou-se no que chamamos hoje “pirâmide da aprendizagem”, demonstrava que a retenção do conteúdo era diferente de acordo com a técnica aplicada, e que métodos ativos elevavam essa taxa a índices de 50 até 90%, com o alto percentual de retenção de conhecimento com o aluno no centro do processo e postura proativa, participando da produção do seu conhecimento. Assim, hoje é reconhecido que retemos 5% das aulas que assistimos, 10% das leituras que fazemos, 20% do que vemos/ouvimos, 30% das demonstrações que observamos, 50% do que discutimos com outras pessoas, 70% do que fazemos e 90% dos conteúdos que ensinamos a outros (SILVA et al., 2017).

Para DEMO (2004), o ato de aprender pressupõe um processo reconstrutivo que permita o estabelecimento de diferentes tipos de relações entre fatos e objetos, que desencadeie ressignificações e que contribua para a reconstrução do conhecimento e a produção de novos saberes, a partir de uma educação transformadora e significativa que rompa com o marco conceitual da pedagogia tradicional. A palavra preceptor vem do latim *praecipio*, “mandar com império aos que lhe são inferiores”, mas desde o século XVI é usada para designar aquele que dá preceitos ou instruções, educador, mentor, instrutor (BOTTI e REGO, 2011). Quanto à construção de um projeto político-pedagógico, GEMIGNANI (2012) evidencia que a adoção da chamada “pedagogia da interação” em lugar da “pedagogia da transmissão” coloca o estudante em um papel ativo na busca e construção do conhecimento, sempre estimulado pelos problemas que lhe são colocados.

O profissional de saúde-preceptor atuando como mediador do processo de

ensino-aprendizagem, articulando a teoria (mundo da academia) e a prática (mundo do trabalho), buscando instigar o raciocínio crítico-reflexivo e a postura ética, além de avaliador do processo de aprendizagem nos cenários práticos, de forma a torná-lo significativo para os discentes, é apresentado por ROSSIT et al. (2013).

Nesse processo, TEMPSKI et al. (2017) ressaltam a grande importância da motivação para a aquisição do conhecimento, estabelecendo conexões importantes entre vários elementos envolvidos no processo ensino-aprendizagem, como diálogo, feedback, metodologias adequadas, individualização do aprendizado e relevância do ensino. Um estudo de PEREIRA E TAVARES (2016) revela que a atuação do preceptor auxilia na construção ou desconstrução da postura de aprendizado do residente, se fazendo necessária sua formação pedagógica. A formação adequada do preceptor, um ambiente no qual preceptor e aluno se sintam apoiados, e a conscientização sobre a responsabilidade compartilhada do processo educativo (residentes, professores, gestores e comunidade), são aspectos importantes à prática da preceptoria e aproximação entre hospital de ensino e academia, para que haja fortalecimento entre o saber e o fazer (RIBEIRO, 2015).

A integração da teoria e prática para aquisição do conhecimento prático ainda que inexista o paciente real foi facilitada por uma nova forma de aprendizagem denominada simulação realística. Esta estratégia explorada nos laboratórios de ensino e centros de simulações proporciona um ambiente reflexivo e de transformação para o desenvolvimento de competências essenciais ao cuidado centrado no paciente e alcance dos objetivos e resultados propostos neste processo de aprendizagem e aprimoramento (KANECO E LOPES, 2019).

Uma outra metodologia importante na elaboração de estratégias multifacetadas para os processos educacionais, é o Ensino Baseado em Investigação (*Inquiry Based Learning*), que permite a participação ativa do aluno, se tornando assim construtor do seu próprio conhecimento a partir de uma situação real vivenciada (MITRE et al, 2008). O diagnóstico situacional também uma ferramenta importante para o levantamento de problemas como citado por SILVA E ALMEIDA (2014), fundamentando o Planejamento Estratégico Situacional (PES), que foi desenvolvido pelo economista chileno Carlos Matus, a partir da década de 70, e permitiu desenvolver ações mais focais e efetivas em relação aos problemas encontrados.

A flexibilidade adquirida com o PES, proporciona o acompanhamento da realidade e a possibilidade de adequação quando houver uma mudança da situação

real e o plano requerer um ajuste imediato, de acordo com a necessidade do contexto. CARAZATTO (2000) traz que Matus define o PES como uma ferramenta de liberdade, permitindo manter uma riqueza da análise de viabilidades e de possibilidades de intervenção na realidade, sem deixar de situar os problemas, em um contexto amplo, na área da saúde e da educação.

A Constituição Federal de 1988, artigo 196, criou o SUS (Sistema Único de Saúde) e declarou a saúde como direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, MEC, 2001). Com o entendimento de que a saúde e a doença se produzem mediante fortes processos de determinação social, que dizem respeito a vários condicionantes: individuais, socioeconômicos, políticos, culturais e ambientais de uma sociedade, incluindo trama de redes sociais e comunitárias (CARVALHO, 2013), houve aprovação no ano de 1990, no Congresso Nacional, da Lei Orgânica da Saúde, que detalhou o funcionamento do SUS. Em 1998 houve uma ampliação da compreensão do conceito de saúde/doença, ressaltando a importância das ações interdisciplinares no âmbito da saúde, com a resolução nº287, do Conselho Nacional de Saúde.

O SUS é composto por estabelecimentos e serviços vinculados a diversas organizações públicas e privadas (PAIM, 2015), sendo de extrema relevância a adequação dos planos assistenciais e de aprendizagem no contexto das enormes desigualdades sociais, que se refletem nos diversos cenários de práticas locais, além das realidades diversificadas que o profissional de saúde (residente ou preceptor) vivenciará cotidianamente, e que constituirão as chamadas Determinações Sociais da Saúde (CDSS, 2008). Para TRINDADE E ANDRADE (2003) a prática de equipes multiprofissionais e interdisciplinares reflete maior rapidez e praticidade no alívio dos sintomas, maior adesão a tratamentos e desenvolve estratégias para um ambiente de trabalho mais tranquilo, de confiança e que se traduz em práticas eficazes, seguras e humanistas, e conseqüentemente em um cenário prático de vivência que irá promover um ensino de qualidade.

A aprendizagem baseada em problemas (ou PBL) é considerada por vários autores como uma importante ferramenta a ser utilizada nas diversas modalidades e nos níveis de ensino, contribuindo com os preceptores em sua tarefa diária de ensino e com os residentes na concretização e construção de novos conhecimentos.

DOCHY et al. (2003) realizaram uma meta-análise revelando um robusto efeito positivo nas habilidades dos alunos, destacando que embora os alunos tenham obtido um pouco menos de conhecimento, eles se lembraram mais do conhecimento adquirido, sugerindo como justificativa que alunos que usam PBL expandiram mais no tópico sob investigação e, portanto, melhorou a recordação do conhecimento adquirido.

A construção de modelos de educação continuada para capacitação de médicos residentes, promove redução dos riscos de danos desnecessários associados ao cuidado em saúde até um mínimo aceitável (OMS, 2009), em conformidade com a Lei orgânica de Saúde nº 8.080, ainda que o ambiente hospitalar esteja defasado em infraestrutura e tecnologia.

Com os precursores da aprendizagem baseada em problemas aprendemos que construção ou a produção do conhecimento do objeto implica o exercício da curiosidade, sua capacidade crítica de “tomar distância” do objeto, de observá-lo, de delimitá-lo, de cindi-lo, de “cercar” o objeto ou fazer sua aproximação metódica, sua capacidade de comparar, de perguntar. O plano de preceptoría de saúde participativo, fundado na ética, no respeito, na dignidade e na autonomia do educando (FREIRE,1998), é um instrumento essencial para promoção de uma relação participativa com médicos residentes, proporcionando reflexões sobre a prática médica e incentivando o seu aprimoramento continuado.

## **2. OBJETIVO:**

A criação de modelos padronizados para identificação de problemas potenciais e intervenções necessárias individualizadas ao paciente, com fluxogramas assistenciais específicos e avaliação da aplicabilidade dos mesmos pelos médicos residentes na resolução desses problemas, com o objetivo de garantir as ferramentas necessárias aos médicos residentes no que tange o aprendizado na assistência médica e a garantia da segurança em saúde.



### **3. METODOLOGIA:**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO:**

Projeto de intervenção do tipo Plano de Preceptorial.

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

Local: Complexo Hospital Universitário Professor Edgard Santos – Unidade de Assistência à Saúde da Criança e Adolescente (UASCA), com 57 leitos de enfermagem clínica pediátrica / Público-Alvo: Médicos Residentes de Pediatria / Equipe executora: Preceptor do programa de residência médica em pediatria.

#### **3.3 ELEMENTOS DO PP:**

Promover reuniões com médicos residentes de pediatria para construção de modelos de educação continuada e planos de modernização do ambiente hospitalar que sejam possíveis e adequados à prática médica, utilizando situações de limitação no ambiente de trabalho (estrutural, pessoal ou tecnológica) para reflexão e ideação de planos alternativos, utilizando os obstáculos para construção do conhecimento.

Demonstrar a significância das metodologias ativas para obtenção do melhor resultado na construção do aprendizado, para professores e estudantes, resguardando a segurança do paciente e da equipe de saúde;

Desenvolver ações a partir do planejamento de um calendário de atividades, com aplicação de questionário para avaliação de pontos fortes e fracos na aquisição do conhecimento a partir da discussão de casos clínicos avaliados na enfermagem de pediatria, reavaliando a assistência ofertada ao paciente, estabelecendo estratégias eficazes e seguras, ainda que na ausência da condição técnico-estrutural adequada;

Elaborar, a partir do caso clínico avaliado, um plano com sugestões para solução dos problemas enfrentados a fim de promover a melhoria do programa de residência médica em pediatria bem como da assistência ao paciente (vide exemplificação figuras 1 e 2).

Figura 1

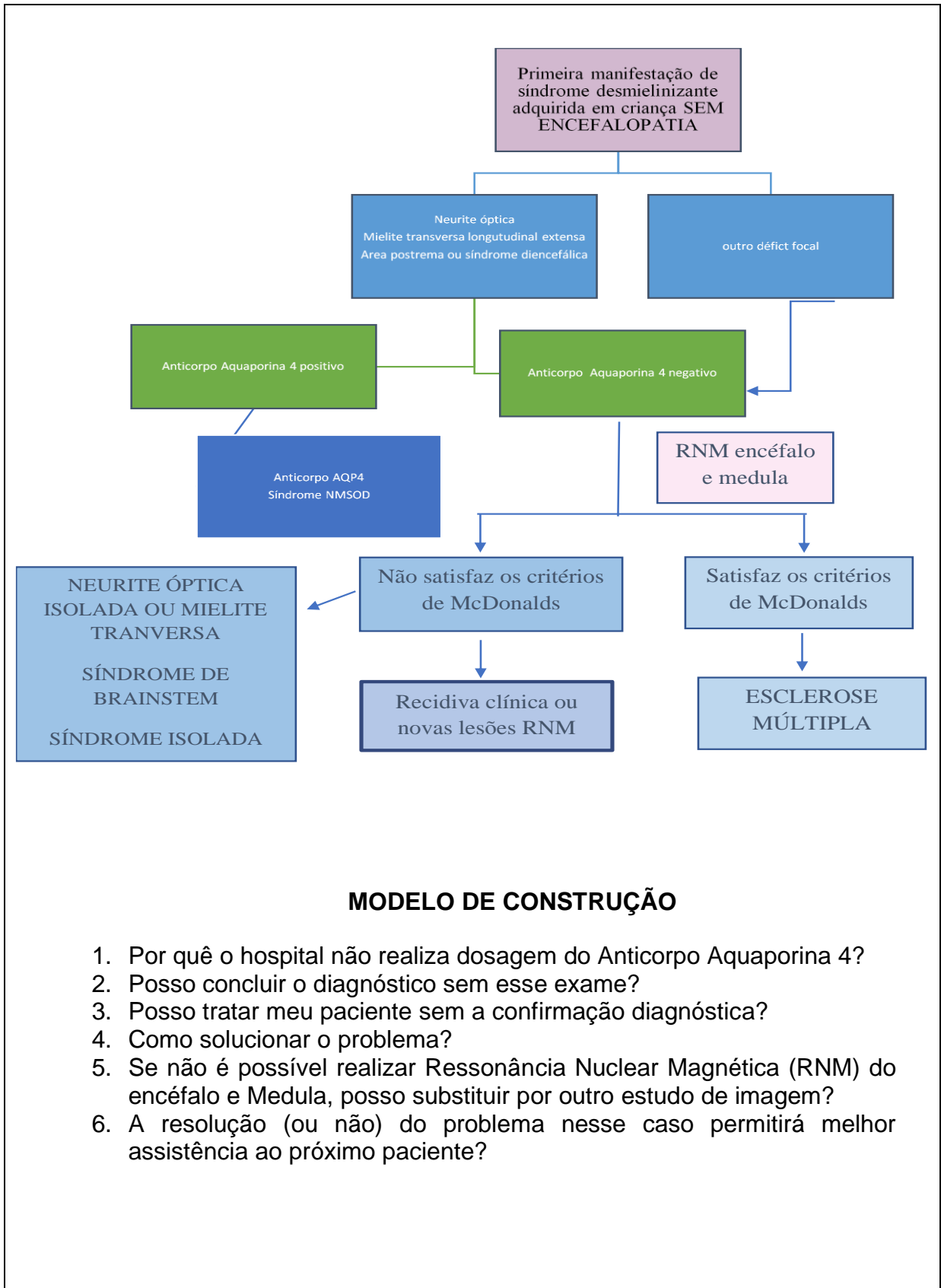
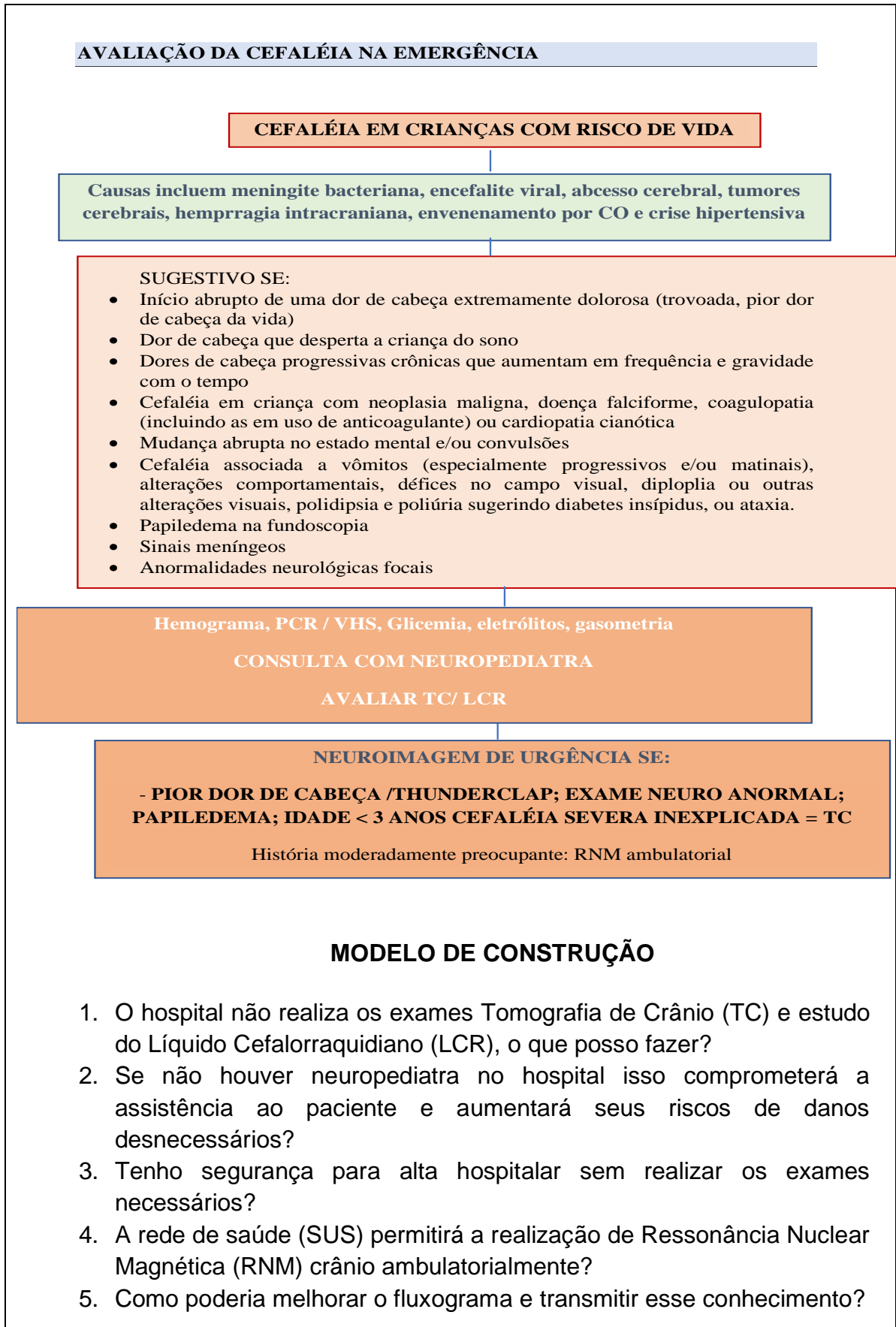


Figura 2



### 3.4 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES:

O projeto de preceptoria apresenta fragilidades em razão da não existência de um espaço físico amplo e confortável para integração de médicos preceptores e residentes para a discussão dos casos e posterior elaboração dos modelos e planos, além do atraso na aquisição de novas tecnologias que prejudicam o dinamismo e a eficiência na execução das tarefas teórico-práticas almejadas.

Não obstante, a presença de uma equipe altamente qualificada no HUPES, com especialistas em pediatria em diversas áreas de atuação (subespecialidades), permite uma abordagem multissistêmica, e amplia as oportunidades de conhecimento e produção de modelos assistencialistas mais eficazes e seguros. Além disso, a relação harmoniosa entre médicos preceptores, médicos residentes, estudantes de medicina, e demais profissionais de áreas diversas, fortalece a confiabilidade dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e permite a melhoria dos programas de residência médica bem como a continuidade da produção científica, de reconhecimento nacional e internacional.

### 3.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO:

Médicos residentes e preceptores, ao final de cada semestre, analisarão o impacto na melhoria dos processos de aprendizagem em educação continuada e na modernização do ambiente hospitalar, com a resolução, ou não, dos problemas apontados pela equipe assistencial. Ao final do programa de residência médica, será realizada uma análise final para elaboração de novos modelos que possam ser aplicados para o grupo de médicos residentes subsequentes, promovendo a continuidade do ensino em saúde e a progressiva modernização do ambiente hospitalar.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

O plano de preceptoría apresentado tem como finalidade discutir modelos de educação continuada nos espaços hospitalares e elaboração de planos para modernização progressiva desses espaços, com o objetivo de garantir conhecimento científico, dinâmico, reflexivo e aplicável às práticas de saúde, assim como a segurança dos profissionais de saúde e dos pacientes assistidos. A participação dos médicos residentes na elaboração de modelos de educação continuada em saúde e de planos de modernização progressiva do ambiente hospitalar propiciará maior conhecimento científico dinâmico, reflexivo, aplicável às práticas e segurança em saúde, além de construir melhor base educacional para os médicos residentes subsequentes, os tornando aptos ao exercício da preceptoría em saúde no futuro.

**REFERÊNCIAS:**

1. BERBEL, N.A.N. A Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, v.2.n.2,1998.
2. BOTTI, S. H. de O.; REGO, S. T. de A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis- Rev Saúde Colet*, v. 21, n. 1, 2011
3. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Parecer CNE/ CES n. 1.133, de 7 de agosto de 2001, sobre as Diretrizes Curriculares da Medicina, Enfermagem e Nutrição. Brasília, DF; 2001
4. CARAZZATO, Josefina. Planejamento público: a contribuição teórico-metodológica de Carlos Matus. 197 f. 2000. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000. Disponível em: . Acesso em: 19 jun. 2018.
5. CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 2. p. 19-38.
6. COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE – CNDSS. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. 2008. (Relatório final da CNDSS). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf). Acesso em: 7 dez. 2018
7. DEMO, P. *Conhecer e aprender: sabedoria dos limites e desafios*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
8. DOCHY, F. ET AL., 2003. Effects of problem based learning: a meta analysis. *Learning and Instruction* 13 (5), 533–568.

9. FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 7.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.
10. GEMIGNANI, Elizabeth Yu Me Yut. Formação de Professores e Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem: Ensinar Para a Compreensão. Revista Fronteira das Educação, Recife / PE, v. 1, n. 2, p. 1-27, jan. 2012.
11. KANEKO RMU, LOPES MHBM. Cenário em simulação realística em saúde: o que é relevante para a sua elaboração? Rev Esc Enferm USP - 2019;53:e03453. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018015703453>
12. MEIRELES M.A.C., FERNANDES C.C.P, SILVA L.S. Revista Brasileira de Educação Médica. Rev. bras. educ. med. vol.43 no.2 Brasília Apr/ June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2rb20180178>
13. MITRE, Sandra MINARDI et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro / RJ, v. 13, n. 2, p. 2133-2144, jan. 2008.
14. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Boletins Informativos da OMS para Segurança do Paciente. 2009. Disponível: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=931:alianca-mundial-para-seguranca-do-paciente&Itemid=685](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=931:alianca-mundial-para-seguranca-do-paciente&Itemid=685)
15. PAIM, J. S. O que é o SUS? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. (Coleção Temas em Saúde Interativa). Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>.
16. RIBEIRO, L. C. C.; RIBEIRO, M.; SOARES, V. A. R. Avaliação acadêmica acerca das Diretrizes Curriculares Nacionais em saúde. Tempus, actas de saúde colet., v. 9, n. 1, p. 167-187, 2015.
17. ROSSIT, R. A. S.; BATISTA, S. H.; BATISTA, N. A. Formação interprofissional em saúde: percepção de egressos de cursos de graduação da UNIFESP-Baixada Santista. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS, 9. Lindóia, 2013. Águas de Lindóia: ABRAPEC; 2013. p. 1-7.
18. SILVA, J. C.; ALMEIDA, M. C. Saúde da família: a prática de cuidados da enfermeira na atenção primária à saúde. Revista Pró-UniverSUS. 2014; v, 5, n. 3, p. 10, 2014..

19. SILVA, D. R. et al. Projeto Jovem Doutor: o aprendizado prático de estudantes de medicina por meio de atividade socioeducativa. Rev Med., São Paulo, v. 96, n. 2, p. 73-80, 2017.
20. TEMPSKI P. Programa Profissão Docente, número 8, 2017. Disponível em: [www.fm.usp.br/cedem/conteudo/publicacoes/cedem\\_101\\_news\\_letter\\_8\\_.pdf](http://www.fm.usp.br/cedem/conteudo/publicacoes/cedem_101_news_letter_8_.pdf).
21. TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, A. N. (org.). Psicologia e saúde: um campo em construção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.