

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

PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DE PLANO DE AÇÃO PARA OS
RESIDENTES DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - HUUFMA

JOÃO CARLOS PEREIRA DOS SANTOS JUNIOR

SÃO LUÍS/ MA

2020

JOÃO CARLOS PEREIRA DOS SANTOS JUNIOR

**PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DE PLANO DE AÇÃO PARA OS
RESIDENTES DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - HUUFMA**

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.
Orientadora: Prof^a Ms. Anety Souza
Chaves

SÃO LUÍS/ MA

2020

RESUMO

Introdução: A residência é uma etapa fundamental na formação do médico para que tenha condições de exercer a profissão de forma adequada. No entanto, nota-se uma mudança no perfil do residente, que não tem valorizado esta etapa, por isso a importância de um Plano de Ações que possa orientar e aumentar o envolvimento deles com a residência e o aprendizado. **Objetivo:** Elaborar um plano de ações que irá orientar as atividades dos residentes da cirurgia geral. **Metodologia:** Projeto de intervenção do tipo Plano de Preceptoría com roteiro das atividades. **Considerações finais:** Com a implementação deste plano de ação espera-se estimular o aprendizado do residente.

Palavras-chave: Médico Residente, Preceptor, aprendizado

PLANO DE PRECEPTORIA (PP)

1 INTRODUÇÃO

Na literatura médica, encontram-se diferentes funções para o preceptor, sendo essenciais as de orientar, dar suporte, ensinar e compartilhar experiências que melhorem a competência clínica e ajudem o graduando e o recém-graduado a se adaptar ao exercício da profissão, que, vive em constante mudança. Para que o profissional possa oferecer cuidado de qualidade em saúde, é necessária completa adesão a essas mudanças. E cabe ao preceptor criar as condições necessárias para que elas sejam implementadas de maneira satisfatória durante o processo de formação (ARMITAGE; BURNARD, 1991).

A residência é uma etapa fundamental na formação do médico para que tenha condições de exercer a profissão de forma adequada. É um recurso institucionalizado em termos mundiais, e considerado a forma mais eficiente de aprofundar os conhecimentos em determinado campo da ciência médica (SAMPAIO, 1984).

No ambiente hospitalar predomina a formação tecnicista, de modo que a maioria dos profissionais trabalha de forma independente. Não devemos culpá-los nem nos culparmos, fomos ensinados a trabalhar assim, apenas estamos replicando o modelo de formação que tivemos. Um modelo cujas diferentes formações disciplinares, os divergentes pensamentos e a formação acadêmica não nos capacitou para atuar em equipe (NINA, 1995).

Essa formação tradicional é basicamente centrada em hospitais, com grande ênfase na atenção terciária e na especialização. Isso geralmente vem

acompanhado de uma distância do que é comum e prevalente, além de impedir o acompanhamento de toda a evolução dos casos. O professor, especialista na maioria das vezes, tenta ensinar o máximo de conteúdo da sua disciplina, sempre achando que ela é a única importante e nem sempre considerando o conhecimento que o estudante traz consigo e nem a relação que ele faz, do que aprende, com o mundo em que vive (CAMPOS, 1999).

O perfil atual do residente, quando comparado com passado, revela uma tendência à definição precoce da especialidade, opções por áreas cada vez mais específicas ou restritas e por uma atividade que ofereça melhor qualidade de vida. Outro aspecto a ser ressaltado, é que não é incomum a prática de plantões noturnos remunerados, fora da instituição de ensino, comprometendo as atividades normais do dia seguinte, diminuindo ainda o tempo do residente para descanso ou estudo. O que reflete as características do residente de cirurgia geral que estão provavelmente relacionadas aos valores inerentes da geração atual (RASLAN et al, 2018).

Na vivência como preceptor acompanhando residentes tanto na Clínica Cirúrgica, Centro Cirúrgico e UTI do HUUFMA, como no setor de Emergência no Hospital Djalma Marques, conhecido como Socorrão I (parte integrante da residência do HUUFMA), passando pelo pré, intra e pós-operatório, observa-se que o residente tende a considerar os dois anos iniciais de treinamento como via de passagem para a especialidade ou a valorizar mais o ato cirúrgico que as etapas cruciais do processo, que são os pré e pós-operatório, muitas vezes desvalorizando o exame físico e supervalorizando um exame de imagem.

Isto explica a postura de não demonstrar interesse ou entusiasmo por cirurgias mais complexas e no cuidado de doentes críticos ou complicados. O residente não quer atuar em procedimentos que talvez nunca mais venha a ver ou realizar. Estas observações são mais evidentes no segundo ano de residência, especialmente a partir do segundo semestre, quando se aproxima o exame de seleção para a especialidade. O residente está mais preocupado em estudar para a prova do que com o aprendizado. As demais especialidades Cirúrgicas dependem da Cirurgia Geral para educação, prática clínica e pesquisa (FERNÁNDEZ-CRUZ, 2004)

Observando esta mudança nos residentes de Cirurgia Geral, percebe-se a importância do preceptor utilizar estratégias junto aos mesmos a fim de superar os desafios de estimular o aprendizado por meio da elaboração de um plano de ações

que envolva os residentes durante o pré-operatório e pós-operatório, com cirurgias que serão ou não suas especialidades, com pacientes estáveis ou críticos e que tenham motivação no conhecimento diário. Diante do exposto, esse Plano de Preceptoría torna-se importante no auxílio das intervenções para melhorar as expectativas do residente e do preceptor da Residência de Cirurgia Geral.

2 OBJETIVO

- Elaborar um plano de ações que irá orientar as atividades dos residentes da cirurgia geral, dentro e fora do Centro Cirúrgico.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo é um projeto de intervenção do tipo Plano de Preceptoría (PP).

3.2 LOCAL DO ESTUDO / PÚBLICO-ALVO / EQUIPE EXECUTORA

O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA é um órgão da Administração Pública Federal, que tem por finalidade reunir assistência, ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins. É um hospital de ensino certificado pelo Ministério da Educação - MEC e Ministério da Saúde – MS. Por suas características de natureza pública, atende a todos, sem distinção, respeitando os princípios éticos das profissões, integra à estrutura orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS). Possui 668 leitos. Realiza em média 13.250 cirurgias/ ano e 210.850 consultas ambulatoriais

O HUUFMA é formado por duas grandes unidades hospitalares: Presidente Dutra e Materno Infantil. Na Unidade Presidente Dutra são oferecidos os serviços assistenciais em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ambulatórios Especializados, Neurocirurgia, Traumato-ortopedia, Obesidade, Transplantes, Hemodinâmica, UTI Geral e Cardíaca, Litotripsia, Terapia Renal Substitutiva-TRS e outros. A Unidade Materno Infantil oferece assistência integral à mulher e à criança com os serviços de UTI Neonatal e Pediátrica, Clínicas Médica e Cirúrgica Materna, Gestação de Alto-risco, Ambulatórios Especializados, Imunização, assistência na pediatria clínica,

Doenças Infecto-parasitárias (DIP), cirurgia geral pediátrica, neurocirurgia infantil, cirurgia cardíaca pediátrica, entre outros.

Este Plano De Preceptoría foi elaborado para ser aplicado no setor de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, na Unidade Presidente Dutra, que realiza atendimentos de pré-operatório e pós-operatório, sendo o principal hospital do estado do Maranhão, referência em patologias de média e alta complexidade. São pacientes que exigem alta demanda do preceptor, do residente e de toda a equipe multiprofissional, que geralmente tem outras co-morbidades. Os principais procedimentos realizados na rotina são hernioplastias primárias e incisionais, patologias das vias biliares, como colelitíase, traqueostomia, acesso venoso central, além das urgências cirúrgicas dos pacientes internados no setor e em outros lugares, principalmente UTI e Clínica Médica, inclusive gestantes internadas na Unidade Materno Infantil.

O público-alvo será formado por 18 residentes da Residência de Cirurgia Geral (9 residentes de cada ano), sendo que cada mês muda o rodízio dos residentes. Em média, tem por plantão de 24 horas semanais, 1 residente do 1º ano (R1) e 1 residente do 2º ano (R2) e na rotina da enfermaria fica uma média de 5 residentes por rodízio.

A equipe executora contará com os Preceptores da Residência de Cirurgia Geral, a Coordenação da Residência Médica, a Chefia da Clínica Cirúrgica, e com apoio da equipe multiprofissional.

3.3 ELEMENTOS DO PP

O plano de intervenção será implementado a partir de março de 2021, e será direcionado, principalmente, para as atividades dos residentes do primeiro e segundo ano, durante o plantão, com o objetivo de direcionar as atividades dos residentes da cirurgia geral. Para isso, é muito importante a comunicação, o residente ser apresentado à rotina do serviço e suas atividades diárias, mas também é importante o preceptor saber qual a expectativa de aprendizado do residente, facilitando um direcionamento das atividades e do aprendizado.

O plano de preceptoría engloba 11 ações descritas abaixo:

1. Acolhimento e reflexão inicial com os residentes acerca do seu papel e de suas expectativas acerca da residência: será mediado pelo preceptor da cirurgia geral

- no primeiro dia de rodízio do residente, através de um questionário a ser elaborado.
2. Apresentação da rotina do serviço com orientações das principais atividades e protocolos a serem realizadas pelo residente: será feito de forma verbal pelo chefe da residência e pelo preceptor da cirurgia, no primeiro dia de rodízio do residente.
 3. Apresentação breve dos pacientes cirúrgicos: será feita pelo preceptor da rotina e o do plantão na beira leito, através da visita de rotina, no primeiro dia do rodízio do residente.
 4. Avaliação clínica e dos exames pré-operatórios: o preceptor, junto com o residente, diariamente, irão analisar queixas, intercorrências, exame clínico, exames de laboratório e imagem, para confirmar indicação cirúrgica.
 5. Programação das cirurgias com médico responsável: após a visita diária na enfermaria e checagem de exames, o preceptor irá programar a cirurgia junto com o residente.
 6. Discussão com o paciente e a família sobre a patologia, riscos cirúrgicos, pré e pós-operatório: o preceptor que fará a cirurgia junto com o residente explicará tudo ao paciente e a família e assinará o médico e o paciente assinaram o termo livre e esclarecido.
 7. Escolha de um tema a ser apresentado no Clube da Revista, reunião científica semanal realizada pela equipe médica e de residentes da cirurgia geral: o preceptor da Cirurgia Geral escolherá um artigo que será apresentado uma vez por semana pelo residente.
 8. Apresentação e discussão do tema escolhido com outros residentes: o residente apresentará o artigo e fará uma discussão com os preceptores da rotina e do plantão, assim como com os demais residentes.
 9. Aula prática durante as cirurgias: todos os dias tem cirurgia marcada, logo, todas poderão ser realizadas pelos residentes da Cirurgia Geral junto com os preceptores, oportunidade ímpar do residente praticar o que aprendeu na teoria e tirar suas dúvidas.
 10. Discussão da importância do relatório cirúrgico e do pós-operatório: o residente terá a oportunidade de fazer o relato cirúrgico junto com o preceptor, onde terá a oportunidade de discutir todos os passos da cirurgia e esclarecer todas as dúvidas que eventualmente ficaram, além de fazer a prescrição pós-operatória.

11. Avaliação final envolvendo conhecimentos da especialidade, pontos positivos e negativos do rodízio: será aplicado no final do rodízio um questionário de múltipla escolha a ser elaborado, abrangendo conhecimento científico, pontos positivos e negativos para serem utilizados na melhoria do serviço.

| AÇÕES | PERÍODO |
|--|---|
| 1. Acolhimento e sondagem de expectativas dos residentes | Primeiro dia de rodízio |
| 2. Apresentação da rotina do serviço e protocolos | Primeiro dia de rodízio |
| 3. Apresentação breve dos pacientes cirúrgicos | Primeiro dia de rodízio |
| 4. Avaliação clínica e dos exames pré-operatórios | Diariamente |
| 5. Programação das cirurgias com médico responsável | Diariamente |
| 6. Discussão com o paciente e a família sobre a patologia, riscos cirúrgicos, pré e pós-operatório | Antes de todas as cirurgias |
| 7. Escolha de um tema a ser apresentado no Clube da Revista | Semanalmente |
| 8. Apresentação e discussão do tema escolhido com outros residentes | Semanalmente |
| 9. Aula prática durante as cirurgias | Diariamente, durante todas as cirurgias |
| 10. Discussão da importância do relatório cirúrgico e do pós-operatório | Diariamente, após todas as cirurgias |
| 11. Avaliação final envolvendo conhecimentos da especialidade, pontos positivos e negativos do rodízio | Último dia do rodízio |

3.4 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

Como todo planejamento, existem algumas situações que são potencialmente capazes de fragilizar a operacionalização deste plano de ações. Algumas delas são: número insuficiente de pessoal, falta de sistematização do serviço, profissionais trabalham de forma independente, reclamação dos residentes, escolha precoce da subespecialidade, pouco interesse dos residentes, trabalho remunerado dos residentes fora a carga horária da residência, poucas atividades de educação permanente específica para o cirurgião, restrição de verbas para o acesso a novos equipamentos, medicamentos e serviços, dificuldade na realização de alguns exames e procedimentos, falta de integração entre setores, estresse físico e mental, entre outros.

No entanto, temos que valorizar as condições que podem fortalecer a execução do plano de ações, como: equipe de saúde qualificada, criatividade e capacidade de adaptação, equipe colaborativa e responsável, base sólida de conhecimentos na prestação de serviços, procedimentos diferenciados, acesso a inovações tecnológicas, aprimoramento da prática clínica, aprendizado prático, realização de cirurgias grande portes com orientação do preceptor, entre outros.

Dentro deste contexto, podemos juntar as forças de uma equipe de saúde qualificada, com base sólida de conhecimentos e a oportunidade de realizar cirurgias de pequeno, médio e grande porte supervisionadas por preceptores qualificados, aumentar a relação com outros profissionais e melhorar a integração entre os setores e agilizar a realização de alguns exames e procedimentos.

3.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O processo de avaliação será feito através de um questionário com duas partes, uma de múltiplas escolhas sobre conhecimento científico e uma de perguntas subjetivas sobre pontos negativos, positivos e sugestões de melhora. Este questionário será feito a cada semestre com todos os residentes, assim tem como avaliar o aprendizado no plantão como um todo. Estes dados serão avaliados pela equipe de preceptores da Cirurgia Geral para melhorar o desempenho e a qualidade do serviço baseado nos resultados.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tem-se notado uma mudança de postura do residente de Cirurgia Geral do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA, que não demonstra mais tanto interesse por algumas cirurgias e no cuidado de pacientes críticos ou complicados, por isso a importância de um plano de ações que possa orientar as atividades dos residentes da cirurgia geral e aumentar o envolvimento deles com a residência e com o aprendizado.

Pois, sabendo como vai ser a rotina, os residentes, saberão exatamente como funcionará o rodízio, qual sua função e suas expectativas, mesmo sabendo de forma precoce sua subespecialidade ou fazendo plantões noturnos remunerados, fora da instituição de ensino, que comprometem seu rendimento no dia seguinte e diminuindo o tempo de descanso ou estudo, ele vai conseguir se programar para tudo, conseguindo melhorar seu aproveitamento em cada atividade tanto teórica quanto prática, dentro ou fora do centro cirúrgico.

Com a implementação das atividades do Plano de Ações, o preceptor pode ensinar e mostrar para o residente que o ato cirúrgico é importante, mas um pré-operatório bem feito, com exame físico, exames de laboratório e de imagem são importantes, e o pós-operatório também, com o apoio da equipe multidisciplinar, a importância de uma boa equipe de enfermagem, uma boa dieta, fisioterapia, terapia ocupacional, todos são muito importantes para o sucesso da cirurgia.

Outro fator que devemos considerar, é que o residente na atualidade sabe e quer dizer como seria perfeito a residência médica, ele conseguiu se sentir mais importante para o serviço quando tiver a oportunidade de dar sua opinião, e mais ainda, sabendo que pode mudar a Residência a qual ele faz parte.

REFERÊNCIAS

ARMITAGE P, BURNARD P. Mentors or preceptors? Narrowing the theory-practice gap. *Nurse Educ Today* 1991; 11(3): 225-229.

CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 1999; 15(1):187-93.

FERNÁNDEZ-CRUZ L. General surgery as education, not specialization. *Ann Surg.* 2004;240(6):932-8.

NINA, M. D. A equipe de trabalho interdisciplinar no âmbito hospitalar. In: OLIVEIRA, M. F. P.; ISMAEL, S. M. C. **Rumos da Psicologia Hospitalar em Cardiologia**. São Paulo: Papyrus, 1995.

RASSLAN et al. **Perfil do residente de Cirurgia Geral: quais as mudanças no Século XXI?** *Rev. Col. Bras. Cir.* vol.45, n.2, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912018000200162&script=sci_arttext&tlng=pt

SAMPAIO SAP. A implantação da residência médica no hospital das clínicas: 40 anos de história. São Paulo: FUNDAP; 1984.