

**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**

**APLICAÇÃO DAS METODOLOGIAS ATIVAS NA RESIDÊNCIA MÉDICA DE
CIRURGIA GERAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA**

LARISSA MARTINI

**JUIZ DE FORA / MINAS GERAIS
2020**

LARISSA MARTINI

**APLICAÇÃO DAS METODOLOGIAS ATIVAS NA RESIDÊNCIA MÉDICA DE
CIRURGIA GERAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA**

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: Profa. Geórgia de Mendonça
Nunes Leonardo

JUIZ DE FORA / MINAS GERAIS

2020

RESUMO

Introdução: O mercado de trabalho vem exigindo mudanças na formação dos profissionais de saúde. Entretanto, o aprendizado na residência médica geralmente não tem o enfoque no residente. **Objetivo:** Aplicar as metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem do médico residente em Cirurgia Geral do Hospital Universitário de Juiz de Fora. **Metodologia:** Projeto de Intervenção do tipo Plano de Preceptoria. **Considerações finais:** O uso de metodologias ativas no ensino-aprendizagem da residência favorece a aprendizagem significativa, diminui o conhecimento fragmentado, desenvolve a autonomia e raciocínio que serão utilizadas ao longo da carreira profissional.

Palavras-chave: Preceptoria. Residência Médica. Problematização.

PLANO DE PRECEPTORIA (PP)

1 INTRODUÇÃO

Há muitos anos o mercado de trabalho e os avanços na medicina vêm exigindo a formação de profissionais médicos hábeis e eficientes. A Legislação Brasileira, por meio da Lei 8.080/1990, preconiza o papel ordenador do Sistema Único de Saúde (SUS) na formação de recursos humanos para a saúde. Preocupado com a consolidação das ações do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS) vêm construindo políticas públicas para efetivar mudanças na formação dos profissionais de saúde e esse processo de transformação na formação envolve a integração ensino-serviço, visando à formação profissional, à qualificação e satisfação do preceptor, e a possibilidade de uma melhor assistência ao usuário, implicando um novo modo de ensinar, aprender e fazer (LIMA; ROZENDO, 2015).

Tradicionalmente, o ambiente hospitalar tem sido mais bem identificado como cenário de aprendizagem dado o histórico de configuração dos hospitais-escola. Mesmo nesse ambiente reconhecido por contribuir com a qualificação da prática e da formação profissional por possibilitar o amadurecimento e comprometimento dos estudantes, existem divergências entre academia e serviço, dentre elas, a dificuldade em compatibilizar agendas, o pouco envolvimento docente com a prática e a sobrecarga, e o despreparo dos profissionais para a preceptoria (SALES et al., 2015).

A preceptoria, assim como o preceptor, inserem-se num contexto de compromisso ético e político, responsabilidade e vínculo. Nesse sentido, o preceptor é um facilitador e mediador no processo de aprendizagem e produção de saberes no mundo do trabalho. Nessa perspectiva, assume papel fundamental, levando os estudantes a problematizarem a realidade, refletirem sobre as soluções e agirem para responder as questões do cotidiano do ensino/serviço (LIMA; ROZENDO, 2015).

Conforme Skare (2012), o preceptor serve de guia para um processo de aprendizagem focado no aprendiz, fornecendo instrumentos para que o mesmo desenvolva por si próprio não só a habilidade procurada, mas outras que venham a ser necessárias posteriormente.

Entende-se, desse modo, o papel da aprendizagem como um processo de construção ativa pelo aprendiz e da relevância da problematização do ensino como caminho para concretizar o processo ensino-aprendizagem (BATISTA; BATISTA, 2008). A metodologia de trabalho do preceptor deve estimular o raciocínio clínico dos residentes, permitindo o desenvolvimento de uma educação permanente, pois solicita de todos, preceptor e aprendiz, constante busca por informações e conhecimento, fato importante em um mundo em constantes mudanças. Ao atuar como moderador na discussão dos casos clínicos, o preceptor, corrobora para que o exercício prático da medicina se articule como um processo dinâmico no qual a resolução destes provoque a construção de reflexões críticas (BOTTI; REGO, 2011).

Diante dessas considerações, observa-se que o aprendizado na residência médica, na prática, incluindo a Residência de Cirurgia Geral do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), geralmente não tem o enfoque no aprendiz. Observa-se que o conhecimento é adquirido através de uma ordem hierárquica, onde o conteúdo é passado do preceptor para o residente verticalmente. Não há discussão expressiva das condutas e práticas cotidianas, não havendo, portanto, participação do aprendiz na tomada de decisões. Somando-se a esta situação, não há uma construção de linha de raciocínio para direcionar as decisões tomadas.

Além disso, observa-se no serviço, que geralmente o conhecimento não é confirmado por embasamento teórico. As condutas são tomadas à beira do leito, sem espaço ou tempo hábil para que as decisões tomadas sejam analisadas e embasadas cientificamente. Entretanto, a atuação profissional exige que o médico trace linhas de estratégias coesas para as condutas cotidianas. A realidade é diferente, e se o residente não aprender a avaliar as situações e traçar suas próprias estratégias para conquistar um bom resultado, não conseguirá atuar no mercado de trabalho, principalmente no atual cenário competitivo em que vivemos.

Diante do exposto, entende-se que o problema existente na Residência Médica em Cirurgia Geral do HU – UFJF é a forma de ensino e aprendizado sem aprendizagem significativa e sem participação efetiva do médico residente nesse processo. Nesse contexto, a questão norteadora deste Plano de Preceptoría é “como melhorar o método de aprendizagem do residente de Cirurgia Geral do HU – UFJF?”.

Para que ocorra esta mudança de prática do ensino, propõe-se a utilização de metodologias ativas no processo de aprendizagem do residente. Como descreveram Batista e Batista (2008), enfoques problematizadores propõem uma inversão da rota tradicional que tem caracterizado o processo ensino-aprendizagem, onde primeiro aprende-se a teoria para, num segundo momento, aplicá-la. Nos referidos enfoques, o ponto de partida passa a ser a realidade (neste caso, a prática profissional do médico) para, a partir dela, suscitar os questionamentos e a significação do processo de aprendizagem.

Com isso, espera-se que os residentes em Cirurgia Geral do HU - UFJF aprendam a ter autonomia, raciocínio lógico e conhecimento duradouro, tornando o aprendiz atuante no seu próprio processo de aprimoramento profissional, aplicado na sua prática cotidiana.

Esses objetivos vão de encontro ao que preconiza a Matriz de Competências dos Programas de Residência Médica em Cirurgia Geral, a qual considera que competência profissional consiste na capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação conhecimentos, habilidades, atitudes e valores necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho e pelo desenvolvimento tecnológico. Além disso, a evolução do conhecimento, da tecnologia em saúde e da complexidade da terapêutica médica cirúrgica implica na necessidade de formação do médico residente mais extensa, a fim de desenvolver as competências imprescindíveis à sua atuação como especialista em Cirurgia Geral (BRASIL, 2018).

2 OBJETIVO

Aplicar as metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem do médico residente em Cirurgia Geral do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo proposto trata-se de um projeto de intervenção, do tipo Plano de Preceptoria.

3.2 LOCAL DO ESTUDO / PÚBLICO-ALVO / EQUIPE EXECUTORA

O local do estudo consiste no Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral do HU-UFJF, o qual é definido, a partir do seu perfil assistencial, como hospital de média e alta complexidade, sendo centro de referência ao atendimento de pacientes da rede SUS, numa área de abrangência que engloba mais de 90 municípios da Zona da Mata Mineira e do estado do Rio de Janeiro, desenvolvendo trabalho na área de saúde, em níveis primário, secundário e terciário, conjugando atividades de ensino, pesquisa e extensão. Dispõe de atendimento 100% SUS, ofertando atualmente 59 consultórios e 159 leitos hospitalares, dos quais 09 leitos são de Unidade de Terapia Intensiva adulto (EBSERH, 2014).

O público-alvo consiste nos médicos residentes em Cirurgia Geral, totalizando 3 residentes do primeiro ano e 3 residentes do segundo ano. Além disso, o projeto também será aplicado aos médicos plantonistas do serviço de Cirurgia Geral do hospital.

A equipe executora será composta pelos médicos preceptores plantonistas desse serviço citado, num total de 9 médicos, grupo no qual também está incluída a autora do projeto. O ambiente a ser realizado o plano de preceptoria será a Enfermaria Cirúrgica do hospital, onde os residentes passam grande parte do seu período diário, além do Laboratório de Simulação Realística.

3.3 ELEMENTOS DO PP

Pretende-se aplicar ações no sentido de melhoria do processo de ensino-aprendizagem do médico residente em Cirurgia Geral, utilizando-se de metodologias ativas para tal propósito, dentre as quais, optou-se por utilizar a Problematização como método de ensino. Conforme Batista e Batista (2008), a Pedagogia da Problematização enfatiza o movimento ação-reflexão-ação para o processo de elaboração dos conhecimentos, considerando a rede de determinantes contextuais, as implicações pessoais e as interações entre os diferentes sujeitos que aprendem e ensinam.

A proposta é utilizar a metodologia do Arco de Maguerez, para análise dos casos de pacientes novos que internam na Enfermaria Cirúrgica do hospital. As etapas a serem percorridas são:

1. Observação da realidade (problemas): O residente identifica o quadro clínico apresentado pelo paciente, seus determinantes sociais e o motivo da internação.
2. Pontos – chaves: Já na sala de discussões, o residente faz um levantamento dos principais pontos do caso avaliado, assim como provável diagnóstico.
3. Teorização: nessa etapa recorre-se à utilização de bases de dados disponíveis no hospital, como *Up to Date*, Pubmed, Scielo entre outros; para embasamento teórico sobre o quadro clínico apresentado.
4. Hipóteses de Solução: nessa etapa o residente faz o levantamento das soluções encontradas após o conhecimento científico adquirido.
5. Aplicação à realidade (práticas): por fim, aplicam-se as soluções encontradas, levando-se em consideração a realidade e possibilidades do hospital.

Já para a discussão de casos à beira do leito, que ocorre diariamente, a proposta é utilizar a metodologia da Preceptoria Minuto, naqueles casos que já foram discutidos com a metodologia do Arco anteriormente. Isso porque, nessa situação, o tempo de discussão dos casos é limitado e demanda decisões rápidas. Conforme Chemello et al. (2009), a base teórica deste modelo possibilita ao preceptor transmitir a seus alunos, em curto espaço de tempo e de maneira eficaz, valiosas informações médicas. O método envolve a elaboração de cinco etapas fundamentais em forma de questionamentos (denominados *microskills*), que são: comprometimento com o caso; busca de evidências concretas; ensine regras gerais; reforce o que está correto; corrija os potenciais erros.

Uma terceira metodologia proposta é sobre o ensino prático do residente. Pretende-se utilizar o laboratório de Simulação Realística, pertencente ao hospital, para criar as simulações de ensino prático próprias da residência de Cirurgia Geral, como introdução de cateter venoso central, drenagem torácica, entre outros. O cenário da prática profissional é o espaço privilegiado para o residente em formação e para o profissional, como modalidade da educação permanente, pois gera reflexão sobre as possibilidades da prática do cuidado e do trabalho em equipe (FONSÊCA et al., 2014).

Além disso, propõe-se a capacitação dos médicos plantonistas do serviço para o exercício da preceptoria e introdução adequada das metodologias propostas.

3.4 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

Como fragilidades, pode-se descrever a dificuldade em reunir mais de um residente a cada discussão do novo paciente internado, pois os horários geralmente não são coincidentes e a escala de rodízio é apenas de um residente na enfermaria, por período. Além disso, é necessária colaboração dos demais médicos plantonistas em Cirurgia Geral, para aplicação de metodologia ativa de ensino, o que nem sempre é bem aceito pelos colegas, principalmente pela questão do tempo para discussão. Muitas vezes o horário no centro cirúrgico impede que o plantonista e o residente disponham de tempo para as discussões ou ensinamentos em cenários de práticas.

Em contrapartida, o HU – UFJF é um hospital de referência para uma grande quantidade de municípios, por isso a diversidade de casos clínicos é ampla, desde os mais simples até mais complexos, permitindo uma riqueza de discussão e de conhecimento diariamente.

Em somatório, por ser um hospital de referência, concentra múltiplas especialidades e profissionais, possibilitando, numa discussão de caso, abordar todos os pontos necessários para a tomada de decisões, com interdisciplinaridade. A educação interprofissional, além de possibilitar, aos residentes e profissionais, o exercício das ações em saúde compartilhadas, cria condições favoráveis para uma melhor assistência nos serviços e tende a aumentar a resolubilidade das ações, ampliando e melhorando a comunicação entre os profissionais, bem como o reconhecimento das contribuições de cada área e seus limites (LIMA; ROZENDO, 2015).

Outro ponto importante é que, com os avanços tecnológicos na área de saúde, a possibilidade de utilização de cenários de práticas no laboratório de Simulação Realística torna-se real e possível na nossa instituição, permitindo a aprendizagem de técnicas cirúrgicas e procedimentos antes do contato com o paciente, para que as dúvidas sejam sanadas e prática seja adquirida, culminando em um tratamento humanizado ao paciente.

Somando-se a estes pontos, a aplicação do plano de preceptoria permite que os preceptores e residentes façam análise reflexiva e crítica do método de ensino, permitindo seu aprimoramento.

3.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Durante a utilização da metodologia do Arco e no aprendizado em cenários de prática, propõe-se utilizar a avaliação formativa, com levantamentos durante as etapas do processo, no intuito de devolver um *feedback* imediato das atitudes tomadas e registro de atividades em formulário próprio, pelo preceptor, sobre a avaliação do residente.

A cada semestre, propõe-se avaliação somativa dos residentes, feita pelos preceptores, incluindo a avaliação de todas as discussões realizadas nas etapas do Arco, analisando-se os aspectos cognitivos, habilidades e atitudes nos diversos momentos da residência. Além disso, nessa etapa, tanto preceptores quanto residentes realizam auto avaliação, baseada nas informações coletadas ao longo do tempo, para discussão da evolução do ensino - aprendizado do residente, da forma de preceptoria dos médicos plantonistas e do programa de residência como um todo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o processo de construção do Plano de Preceptoria, foi observado que o uso de metodologias ativas no ensino-aprendizagem da residência favorece a aprendizagem significativa, diminui o conhecimento fragmentado que muitas vezes ocorre na transmissão vertical do conteúdo, além de desenvolver a autonomia do residente e construção de linha de raciocínio que serão utilizadas ao longo de sua carreira profissional, permitindo a tomada de decisões com segurança.

Algumas limitações existem nesse processo de mudança de metodologia de aprendizado, como a necessidade de capacitação dos profissionais envolvidos na preceptoria dos residentes, além da dificuldade em administrar o tempo para dedicação ao ensino do residente com a demanda diária do serviço, por exemplo, no que se refere aos horários de cirurgias.

No entanto, após a aplicação de metodologias ativas no ensino do residente, espera-se que o próprio serviço diário seja realizado de maneira mais pró-ativa, com o profissional em formação seguro e capaz de realizar tomada de decisão necessária para condução de casos.

REFERÊNCIAS

- BATISTA, N.A; BATISTA, S.H.S.S. A prática como eixo da aprendizagem na graduação médica. In: PUCCINI, R.F; SAMPAIO, L.O; BATISTA, N.A. **A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social [online]**. São Paulo: Editora Unifesp, 2008. p.101-115.
- BOTTI, S.H.O; REGO, S.T.A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 65-85, 2011.
- BRASIL. Ministério da Educação. Resolução n.48, de 28 de junho de 2018. Dispõe sobre a Matriz de Competências dos Programas de Residência Médica em Cirurgia Geral e do Programa de Pré-requisito em Área Cirúrgica Básica no Brasil. **Diário Oficial da União**. 2018 dez.14;Nº 240.seção 1.
- CHEMELLO, D. et al. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo Preceptorial em um Minuto. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.33, n.4, p.664-669, 2009.
- EBSERH – Hospitais Universitários Federais. **Dimensionamento de Serviços Assistenciais e da Gerência de Ensino e Pesquisa**. Brasília: 2014. Disponível em: < www.ebserh.gov.br>. Acesso em 09 set.2020.
- FONSÊCA, G. S. et al. Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais da saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 50, p.571-583, 2014.
- LIMA, P.A.B; ROZENDO, C.A. Desafios e possibilidades no exercício da preceptorial do Pró – PET – Saúde. **Interface**, Botucatu, v.19, n.1, p.779-791, 2015.
- SKARE, T.L. Metodologia do ensino na preceptorial da residência médica. **Revista do Médico Residente**, Curitiba, v.4, n.2, p.116-120, 2012.
- SALES, P. R. S. et al. Integração academia-serviço na formação de enfermeiros em um hospital de ensino. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 675-693, 2015.