

Percepções de médicos residentes sobre o programa de residência em Pediatria de um hospital universitário público

Medical residents' perceptions of a pediatric residency program in a public university hospital (abstract: p. 16)

Percepciones de médicos residentes sobre el programa de residencia en pediatría de un hospital universitario público (resumen: p. 16)

Jeannette Barros Ribeiro Costa^(a)

<jeannette.costa@hu.ufal.br> 

Lenilda Austrilino^(b)

<lenildaaustrilino@gmail.com> 

Mércia Lamenha Medeiros^(c)

<mercia.medeiros@famed.ufal.br> 

^(a) UTI Neonatal, Hospital Universitário Professor Alberto Antunes-UFAL. Avenida Lourival Melo Mota, S/N, Cidade Universitária. Maceió, AL, Brasil. 57072-900.

^(b) Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas. Maceió, AL, Brasil.

^(c) Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas. Maceió, AL, Brasil.

Residência médica é uma forma de treinamento sob orientação, caracterizada como uma especialização *lato sensu*. Busca formar profissionais qualificados tecnicamente, com elevado padrão ético e humanista. Esta pesquisa analisou a percepção dos residentes de Pediatria em um hospital universitário (HU) do Nordeste brasileiro. Entrevistas foram realizadas com 12 residentes do primeiro e do segundo ano, analisadas na perspectiva da análise de conteúdo, sendo sistematizadas nas categorias: Estruturação da Residência Médica de Pediatria e Relação Teórico-prática. Os residentes trouxeram em seus discursos satisfações, expectativas e angústias. Consideraram a infraestrutura adequada com diversidade de campos de aprendizagem, porém com comprometimento da preceptoria. O conjunto de percepções revela falhas de gestão do programa, no planejamento das atividades e na sensibilização dos preceptores da urgência. A pesquisa sugere aumento da carga horária das sessões de atualização por meio dos ambientes virtuais de aprendizagem e capacitação didática da preceptoria.

Palavras-chave: Residência médica. Ensino-aprendizagem. Hospitais de ensino.

Introdução

A residência médica, caracterizada como uma especialização *lato sensu*, é uma forma de treinamento em serviço por meio do atendimento supervisionado ao paciente. No Brasil, essa modalidade de ensino só foi regulamentada nacionalmente em 5 de setembro de 1977, pelo Decreto n. 80.281¹, o mesmo que criou a Comissão Nacional de Residência Médica².

O processo de ensino-aprendizagem na residência médica é complexo, dinâmico e não ocorre de forma linear³. Portanto, demanda que o residente aprofunde e amplie os significados elaborados mediante sua participação, enquanto requer do preceptor o exercício permanente do trabalho reflexivo, além de disponibilidade para o acompanhamento, a realização de pesquisas e as práticas do cuidado⁴.

Para Botti *et al.*⁵, o preceptor preocupa-se principalmente com a competência clínica e com os aspectos de ensino-aprendizagem do desenvolvimento profissional, favorecendo a aquisição de habilidades e competências em situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho. Nesse sentido, o preceptor deve estar capacitado para desenvolver uma pluralidade de competências que respondam às necessidades de saúde atuais⁶.

Tendo em vista que o processo de ensino-aprendizagem na residência médica ainda é pouco estudado pela comunidade científica^{7,8}, diferentemente da maioria dos trabalhos que aborda a residência médica e discute a organização dos programas e as condições de trabalho dos residentes, esta pesquisa versa sobre a condição atual do processo ensino-aprendizagem, com o escopo de perceber como os residentes percebem tal processo. E por esses resultados propor melhorias para os programas de residência.

No Brasil, a participação de médicos em programa de residência médica vem aumentando significativamente nas últimas décadas. Até 1955 apenas 10% dos profissionais graduados estiveram envolvidos nesses programas⁹. Já em 1996, esse número aumentou para 71%⁹. Na última demografia médica, realizada em 2018, o percentual de médicos em atividade com uma ou mais especialidades é de 62,5%. A razão é de 1,67 especialistas para cada generalista¹⁰.

Os programas de residência médica são compostos por atividades teórico-práticas e têm sua carga horária, mínima e máxima, estabelecida segundo a Lei n. 6.932 de 7 de julho de 1981, artigo 5º e parágrafo 2º¹¹:

Os programas dos cursos de residência médica compreenderão, num mínimo de 10% (dez por cento) e num máximo de 20% (vinte por cento) de sua carga horária, atividades teórico-práticas, sob a forma de sessões atualizadas, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, de acordo com os programas preestabelecidos¹¹.

A finalidade da residência constitui o treinamento em serviço do profissional médico, agregando experiências práticas a atividades teóricas, levando a estágios crescentes de autonomia. Compõe parte fundamental da boa formação médica e responde por grande número de atendimentos na área pública de saúde¹².

O processo de ensino-aprendizagem envolve, segundo Santos¹³, “ensinar, que exprime uma atividade, e aprender, que envolve certo grau de realização de uma determinada tarefa com êxito” (p. 19). Entretanto, tal processo deve atentar para o desenvolvimento de um relacionamento interpessoal comprometido e atencioso¹⁴.

No momento atual, a avaliação por competências já é uma realidade em muitos países⁸. Essa perspectiva engloba o desenvolvimento de competências pelo residente ao longo do tempo, retomando pontos de aprendizagem que ficaram deficientes, para que possa identificar os próximos passos na sua aprendizagem¹⁵.

As atividades de aprendizagem geram autonomia na medida em que proporcionam envolvimento pessoal, ambiente de baixa pressão, alta flexibilidade em sua execução, percepção de liberdade psicológica e de escolha. Ao mesmo tempo, faz-se necessário aliar isso a algum tipo de regulação externa na figura do professor ou preceptor¹⁶. Há necessidade de romper com a postura de transmissão de informações, na qual os residentes assumem o papel de indivíduos passivos¹⁷⁻¹⁹.

Os programas de residência médica da instituição estudada encontram-se sob responsabilidade da direção de ensino do hospital, coordenados pela Comissão de Residência Médica e supervisionados pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação²⁰. Atualmente, o Programa de Pediatria está em transição, passando a ter formação em três anos (eram dois, até fevereiro de 2019)²¹, conforme determinação do Ministério de Educação e Cultura (MEC), publicado no Diário Oficial da União pela Comissão Nacional de Residência Médica, Resolução n.1 de 29 de dezembro de 2016²².

Um dos intuitos da nova formação de Pediatra em três anos está em ampliar a concepção sobre o sistema público de saúde, identificar os recursos assistenciais, reconhecer as necessidades de saúde da população e inseri-las no cenário de saúde e redes de cuidados. Segundo a Resolução n. 1 de 29 de dezembro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, o médico especialista não deve ter formação exclusiva no ambiente hospitalar²².

Nessa resolução ficam estabelecidas competências mínimas a serem adquiridas em cada ano de formação. Há, sobretudo, o entendimento de que os três anos de residência são integrados, não constituindo o terceiro ano um simples acréscimo ao programa preexistente.

Esta pesquisa teve como objetivo verificar como os residentes de Pediatria percebem o processo de ensino-aprendizagem dentro de seu programa de residência médica.

Metodologia

Foi realizada pesquisa qualitativa que utilizou entrevistas semiestruturadas para a coleta de dados e contou com a participação de 12 residentes do Programa de Residência Médica de Pediatria. Esse desenho de estudo foi escolhido por possibilitar uma contextualização intersubjetiva, fundamental à pesquisa qualitativa, viabilizando uma sistematização e um aprofundamento da temática, conforme as informações foram sendo colhidas²³. Ratifica Minayo²³, “a análise qualitativa de um objeto de investigação concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um construto científico” (p. 626).

Foram delineadas estratégias de campo que envolveram a construção de um roteiro de entrevista no qual cada pergunta foi relacionada a um conceito operativo, relacionado com as seguintes dimensões: cenários de práticas (questões 1 e 2), processo cognitivo (questões 3, 4 e 5) e sugestões (questão 6).

O campo de estudo compreendeu o Programa de Residência em Pediatria de um hospital universitário público. Restringir o estudo a um hospital de ensino não significou perder a abrangência, mas teve o propósito de aprofundar a compreensão do grupo social em questão. O Comitê Regional de Residência Médica (Coreme) do hospital foi inaugurado em março de 1989, sendo o pioneiro no estado em residências médicas. O Ministério da Educação autorizou na época a abertura das residências em Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Medicina Geral e Comunitária²⁴.

Como critério de inclusão, os residentes deveriam estar matriculados no Coreme, no Programa de Pediatria. Como critério de exclusão, o residente não poderia ter cursado outro Programa de Residência Médica.

Os sujeitos da entrevista foram seis residentes do 1º ano e seis do 2º ano do curso. Entre novembro de 2019 e fevereiro de 2020 foram realizadas as 12 entrevistas. Como o Programa de Residência estava em transição curricular, não houve residentes no terceiro ano. No período das entrevistas o programa possuía 12 residentes; logo, todos foram entrevistados.

Dos 12 participantes do estudo apenas um era do sexo masculino e dois não possuíam nacionalidade brasileira. As idades variaram de 26 a 42 anos. Os entrevistados foram identificados pela letra “R”, seguida por um número conforme a ordem de entrevista.

A análise dos dados foi fundamentada por meio da análise de conteúdo, na modalidade temática, seguindo as etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação²⁵. Conforme orienta Minayo²³, todo o material proveniente da coleta de dados passou por uma ordenação que resultou na construção de um quadro-síntese e posterior tipificação²³, derivando nas categorias: Estruturação da Residência Médica de Pediatria e Relação Teórico-prática.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 23416719.0.0000.5013 e parecer n. 3.663.681, de 26 de outubro de 2019.

Resultados e discussão

A análise das informações permitiu inferir duas categorias temáticas: 1) Estruturação da Residência, no que diz respeito a cenários de práticas, estrutura física e recursos humanos, e 2) Relação Teórico-prática (discussão, busca e partilha de conhecimentos).

Correlações foram realizadas para mostrar aspectos importantes da aprendizagem, do ensino de habilidades, da utilização de casos clínicos e da aquisição de competências inerentes à formação dos residentes. Entretanto, é notável que o processo de ensino-aprendizagem na residência médica ainda é muito menos discutido pela comunidade científica do que no ensino médico⁷.

Categoria 1 – Estruturação da residência médica de Pediatria

As mudanças promovidas pelo MEC, especialmente no que diz respeito ao alongamento na duração dos Programas de Residência Médica de Pediatria, passando de dois para três anos, foram aprovadas em Brasília no ano de 2013, na plenária da Comissão Nacional de Residência Médica. Trata-se de uma proposta da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) em sintonia com o currículo elaborado pelo Global Pediatric Education Consortium, instância formada por instituições de cerca de cinquenta países, incluindo a SBP²⁶. O ano de 2019 foi o prazo final para a reorganização e a implantação de mais um ano no Programa de Residência Médica de Pediatria, inclusive no HU estudado.

A introdução de novos cenários de prática para compor mais um ano de residência objetiva uma mudança no perfil dos especialistas, o que implica preceptores atualizados e preparados para o ensino. Viabilizar esse processo exige um maior planejamento de gestão do Programa de Residência Médica, sendo essa uma cobrança perceptível na fala dos residentes:

Quanto aos recursos humanos, não temos uma preceptoria bem determinada em cada estágio. No Pronto-atendimento (PA) a gente fica muito sozinho. Aqui o que funciona muito bem é a Neonatologia, tanto UTI, como UCI e Alcon. Falta um coordenador de estágio. Faltam pessoas para fazer o papel de intermediação entre serviço e residência, com a finalidade de ensino, de preceptoria. Os profissionais fazem bem o papel de assistência, mas não de preceptoria. (R2)

Importantes fatores para uma boa estruturação da residência médica são o ambiente e a maneira como se dá essa formação²⁷. Assim, a diversidade de cenários de práticas possibilita ao residente maiores chances de aprendizado, bem como o número adequado de profissionais.

Os locais de treinamento estabelecidos para os três anos de residência pela Sociedade Brasileira de Pediatria são: ambulatórios gerais de Pediatria e/ou unidades básicas de saúde (UBS), enfermarias de pediatria, unidades de pronto-socorro ou unidades de urgência e emergência, unidades de alojamento conjunto, unidades de neonatologia de médio e alto riscos, unidades de tratamento intensivo neonatal, unidades de tratamento intensivo pediátrico, conselhos tutelares e delegacias de atendimento à criança e ao adolescente. Dentre esses cenários, aparecem como novidade as unidades básicas de saúde, os conselhos tutelares e as delegacias de atendimento à criança e ao adolescente²⁶. Com a reformulação do programa para três anos, foram incorporados ao programa do serviço em estudo os cenários da Unidade Docente Assistencial e do Conselho Tutelar, ambos ainda em processo de implantação.

Vale ressaltar aqui a Lei n. 12.871, que em seu artigo 7º define que o Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade terá seu primeiro ano de duração como pré-requisito obrigatório para o ingresso no Programa de Residência Médica em Pediatria, entre outros. Porém, tal artigo não entrou em vigor, pois seria válido somente a partir do momento em que houvesse a universalização da residência e as atividades na rede saúde-escola dessa especialidade fossem coordenadas pelo Ministério da Saúde, que em conjunto com o MEC poderia complementar as bolsas de residência²⁸.

Em relação aos preceptores, percebe-se de um modo geral, em todo o país, que é necessária capacitação didática para o exercício da preceptoria⁹. É importante que preceptores participem de cursos que os atualizem quanto aos aspectos didático-pedagógicos e os sensibilizem quanto aos aspectos bioéticos e humanísticos, a fim de melhorarem suas atuações na formação dos residentes⁸. Assim, para Botti⁵:

A medicina combina características de arte e de ciência. Nesse ambiente, o residente observa os preceptores, tomando-os como modelo não apenas de conhecimento e de habilidades técnicas, mas também como espelhos de comportamentos e atitudes. E esse processo pelo qual adquirem conhecimentos, habilidades e valores, e começam a aprender a exercer o seu papel na sociedade, é chamado de formação da identidade profissional, que se inicia desde a graduação e continua na residência médica⁵. (p. 42)

Para Wuillaume²⁹, “as concepções dos residentes sobre os atributos do preceptor certamente poderão ampliar o entendimento do processo ensino-aprendizagem na residência médica e o consequente papel do preceptor” (p. 336). Não é suficiente dominar procedimentos práticos, nem somente dominar conteúdo. É importante ter uma orientação pedagógica para entender e praticar a preceptoria²⁹.

Na Pediatria, entende-se que a relação médico-paciente-família geralmente exige o envolvimento emocional do pediatra nos problemas de seus pacientes, que são sempre considerados como incapazes. Com o tempo de treinamento em serviço isso pode levar a um desgaste emocional e deterioração da qualidade de vida dos residentes desde o início de seus estudos³⁰. Lourenção³¹ complementa:

Estudos apontam que os desgastes inerentes às atividades assistenciais, a insegurança, o excesso de trabalho, a falta de supervisão e a baixa remuneração, associados à má gestão do sistema de saúde brasileiro, que sobrecarrega os serviços e os profissionais, contribuem para o adoecimento psíquico dos médicos residentes³¹. (p. 558)

A melhoria na qualidade dos programas de formação médica é um desafio permanente; um dos enfoques é o cuidado com o próprio residente e com o clima educacional. Nos cenários conveniados com a residência do HU, os residentes descreveram algumas deficiências nos recursos tecnológicos. Porém, a maior queixa foi quanto à ausência de preceptoria no pronto-atendimento.

A literatura mostra que o modelo educacional no Brasil privilegia o domínio de conhecimentos e de experiências profissionais como pré-requisitos necessários àqueles interessados em atuar como docentes nas universidades. Preceptores da residência médica têm o exercício pedagógico como uma de suas principais tarefas. Porém, no que se refere à atuação na preceptoria, é imprescindível uma especialização na área da Educação. Entretanto, esses profissionais normalmente possuem especialização na área de Saúde. Para que essa realidade seja modificada, é mandatória uma atenção para o desenvolvimento de competências pedagógicas³². Complementa essa linha de pensamento:

Em alguns estágios aqui no HU a preceptoria ainda tem certa dificuldade, vê o residente como a pessoa que vai tocar o serviço. (R10)

Deve-se salientar que cada instituição formadora define o perfil do profissional formado pelos seus programas de residência médica³³. Assim, o residente formado carrega para sua vida profissional as características, os protocolos e as rotinas do serviço em que realizou sua residência. Entretanto, os recursos humanos, materiais e contextos de atuação são diferentes entre as instituições e por isso se exige flexibilidade dos profissionais, característica fundamental para a prática médica na contemporaneidade.

Nessa perspectiva, os residentes apontaram o PA como estágio com maior fragilidade.

Muitos plantonistas se recusavam a passar o caso, outros faziam de má vontade [...]. Acho que a falha maior seria nesse estágio de pronto-atendimento, que eu acho um dos mais importantes para a nossa formação, e que a gente não conta. (R9)

Dessa maneira, se não existe um treinamento para a preceptoria, fica evidente que cada profissional carrega consigo, fortemente, as características do seu serviço de formação. Tal fato leva a uma preferência dos residentes em relação ao perfil dos preceptores, identificando-se com aqueles que têm mais habilidade pedagógica e disponibilidade para integrar essa característica com a habilidade técnica. É fundamental salientar que Feuerwerker³³, em 1998, já destacava a ligação entre o processo de formação e a produção dos serviços de saúde dentro da residência médica.

O desejo por uma preceptoria com mais recursos didáticos fica claro na expectativa expressa pelo residente:

[...] você aprende com a prática, mas quando você tem um preceptor que explica por que você está fazendo aquilo, ajuda muito. (R11)

Como afirma Bastos⁸:

reflete-se a necessidade de ampliar práticas pedagógicas de forma inovadora, que apresentem a integridade do ser humano dentro das disciplinas com o intuito de motivar o residente a se tornar um profissional mais reflexivo, engajado, sensível e cuidadoso⁸. (p.10)

Uma das falhas no processo de formação dos residentes, em todo o país, está no fato de os serviços se concentrarem dentro das unidades hospitalares sem estabelecer relações sistemáticas com os demais serviços de saúde, ainda que ambos prestem serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS)³³. O Programa de Residência Médica tende a atender às necessidades da instituição que o mantém.

O movimento atual de transformação da residência médica traz um enfoque para a construção de práticas sanitárias e interação com serviços não hospitalares, na medida em que aborda cenários como creches, escolas, orfanatos e núcleos de atendimento ao adolescente.



Categoria 2 – Relação teórico-prática

A formação do pediatra visa o desenvolvimento de atributos técnicos e relacionais, compreendidos pela atuação prática, lógica e processual, que vão interferir no raciocínio diagnóstico e nas atitudes profissionais.

Um dos aspectos fundamentais na formação do pediatra é a compreensão de quais competências e habilidades precisam ser adquiridas e em quais etapas de formação. Conforme se pode constatar nas falas dos residentes, essa é uma questão importante e precisa ser encaminhada nas vivências curriculares.

Quando você tem um cronograma de aulas, ou de assuntos abordados, você consegue direcionar mais os seus estudos. Então, se você entrasse na residência e fosse dito: nós vamos ter um conteúdo de aulas ou práticas com cronograma, sabendo as competências e os assuntos, isso iria ajudar a guiar. Se existisse uma orientação do que é básico, do que é essencial para o residente de pediatria aprender, isso seria de fundamental importância. (R6)

O aprendizado e a aquisição de competências devem ser pautados nas demandas diárias do serviço e discutidos de forma acadêmica, com as atualizações que se fizerem necessárias. Nesse sentido, Piva³⁴ comenta esses aspectos com enfoque nos cenários de emergências:

A exemplo do que ocorre em outros países, a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências em emergência pediátrica deve seguir um modelo baseado na prática diária, através da discussão de casos mais prevalentes com preceptoria ativamente envolvida no processo de ensino. As situações menos frequentes devem ser vivenciadas através de laboratório de simulações ou outras práticas de ensino, como filmagens, teatralização, entre outras³⁴. (p. 71)

Outra possibilidade pedagógica é a opção pela aprendizagem significativa, deixando os objetivos claros, como forma de motivar os residentes para desenvolvimento de atributos técnicos e relacionais, compreendidos pela atuação prática, lógica e processual, que vão interferir no seu raciocínio diagnóstico e em sua atitude profissional²⁷.

Assim, propicia-se ao residente a percepção de alguns padrões de atuação que acarretam atitudes pertinentes, remetendo-os aos objetivos de aprendizagem. Os residentes expressam como percebem o aprendizado em serviço:

Aprendemos mais com a prática. É geralmente dessa forma: a partir de um diagnóstico a gente acaba indo atrás para estudar mais sobre um assunto. (R3)

Além das aulas, vejo o processo ensino-aprendizagem ocorrer na preceptoria mesmo, na discussão de casos ou de um artigo. Em alguns cenários de prática acontece isso, não em todos, mas acontece. (R6)

O ensino da prática em serviço visa à percepção de aspectos essenciais para a resolução de casos clínicos utilizando-se das diversas abordagens, lançando mão de mecanismos analíticos e não analíticos do raciocínio clínico.

No mecanismo não analítico tem-se o que se chama de reconhecimento padrão, realizado por considerações diagnósticas que remetem o caso atual a outro passado. Já no mecanismo analítico, a organização sistemática do conteúdo, as técnicas e os recursos utilizados constituem os principais fatores do processo de aprendizagem²⁷.

Durante a prática em serviço o residente deve ser constantemente motivado, pois o aprendizado sofre influência direta da motivação, que por sua vez é influenciada pelo contexto no qual o aprendizado acontece. Para Skare¹² existem dois tipos de aprendizado: o profundo, que deve sempre ser buscado, e o superficial. No aprendizado profundo, o residente é motivado pelo desejo intrínseco de aprender, envolvendo um entendimento integrado. Já o aprendizado superficial é motivado pelo medo de falhar, o que envolve apenas a memorização¹².

O relato sobre os momentos de discussão e busca de conhecimentos remete à sensação de que esses residentes anseiam por mais momentos de sessões atualizadas:

A nova coordenação estabeleceu discussões uma vez por semana, os residentes que preparam. Tem algum especialista para fazer a moderação. A aula é expositiva e no final o especialista comenta. (R5)

As técnicas utilizadas para o desenvolvimento do aprendizado integral devem ser pensadas, organizadas e repassadas da coordenação da residência de Pediatria aos preceptores. O objetivo, em longo prazo, é capacitar o preceptor pedagogicamente não só quanto às técnicas de aprendizagem, mas também para a criação de um clima propício ao aprendizado. A capacitação desses profissionais é de suma importância para o melhor desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem, bem como para organização prévia de conteúdos.

A busca pelo equilíbrio entre o desenvolvimento de competências indispensáveis para a atuação pediátrica e a formação científica envolve a atuação conjunta de dois setores historicamente isolados: a educação e a saúde⁵.

Durante o processo de aprendizagem do residente, o papel do preceptor é muito importante, pois somente alguém que o acompanhe nas suas atividades diárias é capaz de observar a aprendizagem das competências estabelecidas. Segundo Botti⁵:

Porque o que realmente se pretende com a residência é que ela traga ao futuro médico o domínio de uma série de competências que respondam às necessidades da sociedade e a capacidade de integrá-las em sua prática profissional⁵. (p. 47)

Um fator intrínseco ao processo de aprendizagem é a metacognição, isto é, a consciência do próprio aprendizado e do desempenho. Instigar o desenvolvimento da metacognição leva o residente a responsabilizar-se pelo seu aprendizado. Provoca também uma busca pela melhoria de sua atuação profissional, levando a uma responsabilização progressiva de seus atos até que não necessite mais da ajuda do preceptor, adquirindo passo a passo cada uma das competências estabelecidas²⁷. Porém, nem sempre os residentes possuem consciência de que a metacognição é um processo importante de aprendizado, pois acabam se sentindo sozinhos em vez de suficientes e autônomos.

Vale salientar que, embora o aprendizado profundo esteja ligado às próprias escolhas e ao sentimento de independência, o excesso de liberdade pode levar o residente a sentir-se abandonado¹². Assim, cabe ao preceptor atuar efetivamente de forma a supervisionar os residentes, dosando as interferências a serem realizadas para não prejudicar o desenvolvimento de habilidades que devem durar o resto da vida. Para o preceptor, treinar a sua atuação para conferir independência e contribuição para o residente é essencial.

Um problema diagnosticado é que a percepção dos residentes acerca das necessidades de aprendizado nem sempre coincide com a percepção do preceptor, levando à desmotivação, que pode culminar em uma aprendizagem superficial. Em uma revisão realizada por Dallegrave *et al.*³⁵ sobre Residências em Saúde mostrou que os residentes não se sentem ativos nas decisões sobre o contrato didático-pedagógico da residência; além do despreparo de preceptores no exercício dessa função.

Verificou-se que, no HU estudado, a residência de pediatria desenvolveu atividades científicas que devem corresponder a sessões de atualização, como: seminários e discussões de casos com correlações clínico-patológicas, porém com carga horária abaixo da preconizada.

Pela residência a gente só tem uma aula semanal, que são mais ou menos duas horas de aula. (R1).

Agora estão tendo reuniões semanais, de duas horas. Tem também as discussões nas visitas. Mas é bem pontual, não é uma coisa profunda. (R2)

Entretanto, fica claro que é a experiência prática que completa e prepara o profissional em sua especialidade. De acordo com Feuerwerker³³:

[...] é pela experiência clínica que o profissional se apropria do doente (e não mais apenas das doenças). É pela prática que se constrói a experiência clínica e é mediante o aprendizado em serviço que o futuro profissional constrói também a ética de suas relações com os pacientes, baseada no exemplo e na experimentação³³. (p. 59)

A boa preparação do médico residente é fundamental para a qualidade do futuro pediatra. Assim, estabelecer metas, propiciar aos residentes *feedback* e ter preceptores preocupados com educação continuada e estratégias pedagógicas dota os preceptores de atributos essenciais ao seu desempenho¹⁵.

Dentro dessa perspectiva Skare¹² sugere que cada Programa de Residência Médica tente implantar o que chama de “Preceptoria Minuto”, que permite aprendizado em um tempo limitado e em meio às várias demandas do serviço. Para estabelecer esse método são sugeridos cinco passos: permitir que o residente demonstre sua interpretação acerca do caso; questionar o residente quanto ao seu raciocínio acerca do processo e seu grau de conhecimento sobre ele; sedimentar aspectos básicos em detrimento de informações detalhadas; corrigir o que está errado de maneira construtiva; e, por último, realizar um *feedback*.

Outro método que permite avaliação de competências oportunizando melhorias individuais é a avaliação 360^{o8}. Nela, os aspectos avaliados são: anamnese, exame clínico, habilidades clínicas, raciocínio clínico, humanismo, explicações e orientações, organização e eficiência, respeito, trabalho em equipe, pontualidade e assiduidade. Utiliza tanto autoavaliação como avaliação pelos pares, além da avaliação pelo preceptor e pelos pacientes.

A residência médica deve desenvolver estratégias que otimizem o processo formativo com implantação de metodologias pedagógicas diversas, visando melhoria da formação³⁶.

Um aspecto importante levantado pelos residentes foi não haver um acervo científico ou até mesmo protocolos disponíveis para consulta pelos residentes. Segundo a sugestão de um dos residentes é necessário:

[...] ter uma fonte para recorrer, buscar por material teórico, ser mais compartilhado isso, tanto dos preceptores com os residentes, quanto entre os residentes. (R4)

O foco dos discursos dos residentes de Pediatria do HU foi direcionado para aspectos que tivessem como objetivo a melhoria do processo ensino-aprendizagem, seja em estrutura física, preceptoria preparada para a docência, seja nos conteúdos teóricos.

Você aprende com a prática, mas quando você tem um preceptor que explica por que você está fazendo aquilo, ajuda muito. (R11)

A sugestão que eu tenho é ter uma carga horária preestabelecida para discutir, no mínimo, essa carga teórica [...] (R5)

Uma alternativa para viabilizar a adequação da carga horária das sessões atualizadas está no uso de ambientes virtuais de aprendizagem (AVA). Segundo Cunha *et al.*³⁷, há “vantagem do formato de ensino *on-line*, que permite uma flexibilidade de horário do aluno para a sua participação e que pode incluir o acesso à informação também a outros profissionais médicos” (p. 7).

É importante saber que, para propor uma mudança na metodologia pedagógica na área da Saúde, é necessária uma avaliação da demanda de atendimento do próprio serviço, para que a assistência em saúde não fique comprometida⁸.

Diante do atual cenário de pandemia pelo novo coronavírus (Covid-19) em que nos encontramos, a proposta de AVA ganha espaço dentro da residência médica. Tais ambientes podem ser de grande contribuição para aumentar a carga horária das sessões de atualização. Com um baixo custo e fácil aplicabilidade, o ensino remoto pode ainda ser complementado por um modelo híbrido, sendo aprimorado para que continue em uso pós-pandemia³⁸.

Conclusão

A pesquisa identificou pontos fortes e frágeis do Programa de Residência Médica em Pediatria, mostrando que é preciso maior atenção dos gestores para solucionar o aumento da carga horária das sessões de atualização no uso de *feedback*, na qualificação dos preceptores e na disponibilidade de um ambiente para o acervo teórico do que é discutido em cada cenário.

O momento atual de reestruturação com a adição do terceiro ano de residência é ideal para implantação de mudanças, como: carga teórica com sessões atualizadas e uso de metodologias ativas de ensino. Atualmente, há de ser avaliada a maneira como estão sendo dispostos os conteúdos teóricos, avaliando a ampliação do percentual destinado a tais atividades.

Quanto ao estágio de emergência, há de se avaliar a utilização do ambulatório de simulação realística, a fim de que sejam treinados procedimentos mais invasivos com profissionais habilitados. Assim, os residentes chegariam treinados ao serviço de emergência, auxiliando na vivência de situações de urgência pediátricas recomendáveis.

Este estudo resultou no planejamento estratégico para a capacitação de preceptores da residência médica de Pediatria, no qual foi elaborado um cronograma com uma série de três oficinas: Preceptoría Minuto, Sala de Aula Invertida e Propostas de *Feedback*. A primeira oficina foi realizada e apresentou boa aceitação por parte dos preceptores. Com base nessa oficina foi elaborado um manual técnico para construção de outras oficinas. As demais estão programadas para 2021.

Contribuição das autoras

Todas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Conflito de interesse

As autoras não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editora

Vera Lúcia Garcia

Editor associado

Flavio Adriano Borges

Submetido em

26/03/21

Aprovado em

11/08/21

Referências

1. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 80.281, de 5 de Setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União. 6 Set 1977. p.11787.
2. Koch VHK, Dória Filho U, Bollela VR. Avaliação do Programa de Residência Médica do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rev Bras Educ Med. 2011; 35(4):454-9.
3. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Cienc Saude Colet. 2008; 13(2):2133-44.
4. Sawatsky AP, Berlacher K, Granieri R. Using an ACTIVE teaching format versus a standard lecture format for increasing resident interaction and knowledge achievement during noon conference: a prospective, controlled study. BMC Med Educ. 2014; 14:14-29.
5. Botti SHO. O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
6. Bentes A, Leite AJM, Montenegro APDR, Paiva Júnior BR, Fernandes CR, Cheisa D, et al. Preceptor de residência médica: funções, competências e desafios: a contribuição de quem valoriza porque percebe a impotência: nós mesmos! Cad ABEM. 2013; 9:32-9.



7. Feijó LP, Fakhouri Filho AS, Ruffini VMT, Nunes MPT, Augusto KL. Estrutura de programa em treinamento de docência na residência: residente como professor. *Rev Bras Educ Med.* 2019; 43(1):341-8.
8. Bastos CAH, Botelho NM, Portella MB, Nascimento CCL. Aplicação do Método de Avaliação 360º em residentes médicos de ginecologia e obstetrícia. *Rev Eletronica Acervo Saude.* 2019; (34):1-10. Doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e1423.2019>.
9. Trindade CEP. O preceptor na residência médica em pediatria. *J Pediatr.* 2000; 76(5):327-8.
10. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Biancarelli A, Miotto BA, Mainard GM. *Demografia médica no Brasil 2018.* São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp; 2018.
11. Brasil. Presidência da República. Lei nº 6.932, de 7 de Julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 9 Jul 1981, p.12789.
12. Skare TL. Metodologia do ensino na preceptorial da residência médica. *Rev Med Res.* 2012; 4(2):116-20.
13. Santos RV. Abordagens do processo ensino e aprendizagem. *Integração.* 2005; 11(40):19-31.
14. Jug R, Jiang XS, Bean SM. Giving and receiving effective feedback: a review article and how-to guide. *Arch Pathol Lab Med.* 2019; 143(2):244-50.
15. Hauer K, Chesluk B, Iobst W, Holmboe E, Baron RB, Boscardin CK, et al. Reviewing resident's competence: a qualitative study of the role of clinical competence committees in performance assessment. *Acad Med.* 2015; 90(8):1084-92.
16. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Cienc Soc Hum.* 2011; 32(1):25-40.
17. Al-Azri H, Ratnapalan S. Problem-based learning in continuing medical education: review of randomized controlled trials. *Can Fam Physician.* 2014; 60(2):157-65.
18. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saude Publica.* 2004; 20(3):780-8.
19. Gomes AP, Regol S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? *Rev Bras Educ Med.* 2011; 35(4):557-66.
20. Universidade Federal de Alagoas. Resolução nº 89/2014-CONSUNI/UFAL, de 15 de Dezembro de 2014. Aprova o Regimento Interno da Unidade Acadêmica: Faculdade de Medicina – FAMED/UFAL [Internet]. Maceió; 2014 [citado 5 Mar 2020]. Disponível em: <https://famed.ufal.br/pt-br/institucional/documentos/legislacao/regimento-interno-da-famed/view>
21. Brasil. Resolução 2.149, de 22 de Julho de 2016. Homologa a Portaria CME nº 02/2016, que aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. *Diário Oficial da União.* 3 Ago 2016; sec. I, p. 99.
22. Brasil. Resolução 01, de 29 de Dezembro de 2016. Elaborada pela Comissão Nacional de Residência Médica. Dispõe sobre os requisitos mínimos do Programa de Residência Médica em Pediatria e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 30 Dez 2016; sec. 1, p. 200.



23. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(3):621-6.
24. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Sobre a COREME [Internet]. Brasília: Ministério da educação; 2021 [citado 20 Ago 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hupaa-ufal/ensino-e-pesquisa/coordenacao-de-residencia-medica/sobre>
25. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Persona; 1991.
26. Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: 360° comunicação integrada. Aprovada a residência de 3 anos! [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2013 [citado 20 Ago 2021]. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/aprovada-a-residencia-de-3-anos/>
27. Botti SHO, Rego S. Processo ensino-aprendizagem na Residência médica. *Rev Bras Educ Med*. 2010; 34(1):132-40.
28. Oliveira PF, Costa AM, Cardoso AJC, Trindade JS, Dias IMAV. Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa. *Saude Debate*. 2017; 41(3):60-73.
29. Wuillaume SM, Batista NA. O preceptor na residência médica em pediatria: principais atributos. *J Pediatr*. 2000; 76(5):333-8.
30. Medina ML, Medina MG, Gauna MT, Molfino L, Merino LA. Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de Pediatría de un hospital. *Rev Investig Educ Med*. 2017; 6(23):160-8.
31. Lourenção Teixeira PR, Gazetta CE, Pinto MH, Gonzalez EG, Rotta DS. Níveis de ansiedade e depressão entre residentes de Pediatria. *Rev Bras Educ Med*. 2017; 41(4):557-63.
32. Wanderley CLC, Vasconcelos MVL, Vieira MLF. O exercício pedagógico da preceptoria na residência médica: um estudo de caso baseado na clínica da atividade. *Atas Investig Qual Saude*. 2019; 2:625-34.
33. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 1998; 2(3):24-7. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32831998000200005>.
34. Piva JP, Lago PM, Garcia PC. Pediatric emergency in Brazil: the consolidation of an area in the pediatric field. *J Pediatr*. 2017; 93:68-74.
35. Dallegrave D, Ceccim RB. Healthcare residency: what has been produced in theses and dissertations? *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(47):759-66. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000030>.
36. Souza SV, Ferreira BJ. Preceptoria: perspectivas e desafios na residência multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sci*. 2019; 44(1):15-21.
37. Cunha ALG, Terreri MT, Len CA. Ambiente virtual de aprendizagem em reumatologia pediátrica para residentes em pediatria. *Rev Paul Pediatr*. 2020; 38:1-8.
38. Falcão MC, Fonseca CDPP, Danti GV. Ensino na residência médica em tempos de covid-19. *Rev Paul Pediatr*. 2020; 38:e2020334



Medical residency is a form of supervised training. It aims to train technically qualified professionals with high ethical and humane standards. This study analyzed the perceptions of medical students' undergoing a pediatric residency program in a university hospital in the northeast of Brazil. Interviews were conducted with 12 first and second-year residents and analyzed using content analysis, synthesizing the results into the following categories: structuring the pediatric residency program; and the relationship between theory and practice. The residents expressed satisfaction, expectations and concerns. They considered the facilities to be adequate, but highlighted shortcomings in preceptorship. The students' perceptions reveal shortcomings in program management, activity planning and sensitizing urgent care preceptors. We suggest an increase in the course load of refresher training sessions using virtual learning environments and didactic training for preceptors.

Keywords: Medical residency. Teaching-learning. Teaching hospitals.

La Residencia Médica es una forma de capacitación orientada, caracterizada como una especialización *latu senso*. Su objetivo es formar a profesionales calificados técnicamente, con alto estándar ético y humanista. Esta investigación analizó la percepción de los residentes de Pediatría en un Hospital Universitario del Nordeste brasileño. Se realizaron entrevistas con doce residentes del primer y segundo año, analizadas bajo la perspectiva del análisis de contenido, sistematizadas en las categorías: Estructuración de la Residencia Médica de Pediatría y Relación teórico-práctica. Los residentes en sus discursos mostraron satisfacciones, expectativas y angustias. Consideraron la infraestructura adecuada, con diversidad de campos de aprendizaje, pero con compromiso de los preceptores. El conjunto de percepciones revela fallas de gestión del programa, en la planificación de las actividades y en la sensibilización de los preceptores con relación a la urgencia. La investigación sugiere un aumento de la carga horaria de las sesiones de actualización por medio de los ambientes virtuales de aprendizaje y capacitación didáctica de los preceptores.

Palabras clave: Residencia médica. Enseñanza-aprendizaje. Hospitales de enseñanza.