

**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**

**REORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DA RESIDÊNCIA MÉDICA DE**  
**DERMATOLOGIA COMO ESTRATÉGIA PARA APERFEIÇOAR O ENSINO E**  
**ASSISTÊNCIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS**

**LUISE RIBEIRO DALTRO**

**SALVADOR/BAHIA**

**2020**

**LUISE RIBEIRO DALTRO**

**REORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DA RESIDÊNCIA MÉDICA DE  
DERMATOLOGIA COMO ESTRATÉGIA PARA APERFEIÇOAR O ENSINO E  
ASSISTÊNCIA NO 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). Dra. Edilene Rodrigues  
da Silva

**SALVADOR/BAHIA**

**2020**

## RESUMO

**Introdução:** Em 2019 foi publicada a matriz de competências que deve nortear os programas de residência médica. Embora essencial na formação de especialistas, a residência é marcada por diversos eventos estressores. **Objetivo:** Reorganizar as atividades da residência de Dermatologia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, tornando-a mais estimulante e adequada à nova matriz. **Metodologia:** Trabalho de intervenção tipo plano de preceptoria realizado a partir de contribuições de preceptores e residentes. São abordadas fragilidades e oportunidades para sua execução, além de medidas para autoavaliação. **Considerações finais:** Estratégias que melhorem a motivação da equipe são úteis para aperfeiçoar ensino e assistência.

**Palavras-chave:** Residência médica. Internato e residência. Preceptoria.

## PLANO DE PRECEPTORIA (PP)

### 1 INTRODUÇÃO

A organização e distribuição das atividades desempenhadas pelos médicos residentes de dermatologia são designadas pela preceptoria de cada serviço e devem ser norteadas pela matriz de competências definidas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Em abril de 2019 foi publicada no Diário Oficial da União a resolução número 8 (BRASIL, 2019), que dispõe sobre a nova matriz de competências que devem ser observadas pelos programas de Residência Médica em Dermatologia no Brasil para a formação de especialistas (ANEXO A).

Anteriormente, a Resolução CNRM 02/2006 (BRASIL, 2006) definia apenas os estágios necessários, duração e carga horária, por exemplo: “1 mês de estágio em Pronto-Socorro de Clínica Médica” e “mínimo de 5% da carga horária anual em Micologia” (ANEXO B), enquanto a atual representa um avanço ao detalhar as habilidades, conhecimento e atitudes que devem ser adquiridos durante a residência, além de incluir a capacitação em cirurgia dermatológica, fundamental no diagnóstico e tratamento de lesões oncológicas. Desta forma, a nova resolução aborda o treinamento técnico, mas vai além ao abranger aspectos humanísticos que devem ser valorizados e aprimorados durante a formação médica, como a habilidade de desenvolver comunicação respeitosa com os pacientes, análise de implicações psicológicas e sociais associadas às doenças de pele e compreensão dos custos associados à prática médica.

Neste contexto, a organização das escalas de trabalho dos residentes deve englobar não só as competências necessárias para formação do especialista como também evitar acentuação dos desgastes intrínsecos a este período, tornando-o estimulante, prazeroso, refletindo-se sobretudo numa melhor assistência aos pacientes. Esta implementação, no entanto, apesar dos inúmeros benefícios, constitui um desafio, pois requer organização e planejamento por parte da preceptoria, que em grande parte dos serviços já se encontra também sobrecarregada, com acúmulo de tarefas, e muitas vezes também desestimulada e mal remunerada. Esta demanda para os preceptores de residência médica ainda é pouco estudada, o que torna a investigação sobre este tema bastante relevante.

No Hospital Universitário Professor Edgard Santos observamos no Serviço de Dermatologia que as atividades cirúrgicas estão concentradas quase que exclusivamente no 3º e último ano da residência, enquanto no 2º ano existe uma imersão na atividade ambulatorial, por vezes acompanhada de insatisfação e exaustão. Com uma distribuição desestimulante das

atividades, observa-se ainda maior conflito entre esses grupos, tornando o ambiente de trabalho e relações pouco harmoniosos. As atividades didáticas também têm ocorrido de forma irregular, o que aumenta o desequilíbrio entre assistência e ensino.

A residência médica é conhecida como um período de grande estresse para os médicos. Aach (1988) agrupou os tipos de estresse vividos nesse período em 3 grupos: estresse profissional (engloba a carga de responsabilidade do médico, a dificuldade em manejar casos complexos e pacientes difíceis, o volume de conhecimento necessário, a supervisão de estudantes da graduação ou residentes mais jovens); estresse situacional (abrange suporte insuficiente da preceptoria, privação de sono, jornada exaustiva de trabalho); estresse pessoal (inclui problemas familiares, condições financeiras, pouco tempo livre para lazer).

Outros fatores estressores incluem residentes que não adquiriram uma bagagem teórica satisfatória na graduação ou que apresentaram dúvidas a respeito da escolha da especialidade e que encontraram novas dificuldades ao adentrar no programa sendo por vezes rotulados como “problemáticos”, quando na verdade necessitavam de apoio da instituição para atingir os requisitos do programa (NOGUEIRA-MARTINS, 1998). Conflitos interpessoais, apesar de boa formação acadêmica, também podem gerar desgaste significativo para residentes e toda equipe, sendo geralmente de difícil abordagem.

Todos estes fatores devem ser conhecidos na tentativa de minimizá-los e enfrentá-los ao planejar as atividades dos residentes, uma vez que o estresse está associado a maior risco de transtornos de humor (ansiedade, depressão), ideação ou tentativa de suicídio, hostilidade, além de abuso de drogas lícitas e ilícitas (LEVEY, 2001), com reflexos diretos e indiretos na assistência ao paciente (FAJARDO-ORTIZ, 2018).

Existem poucos estudos avaliando o impacto da atuação prática e do estresse dos médicos residentes nos desfechos dos pacientes e na qualidade da assistência. Uma revisão sistemática (VAN DER LEEUW, 2012) observou desfechos semelhantes entre os pacientes tratados pelos residentes e os atendidos pela chefia em 16 estudos, mas salientou que para resultados semelhantes é necessário que os residentes recebam supervisão adequada da preceptoria.

Desta forma, questiona-se qual o impacto da distribuição das atividades do médico residente na qualidade do ensino e da assistência? Este estudo justifica-se pela necessidade de propor uma nova escala de trabalho para a residência de Dermatologia do Hospital Universitário Prof.º Edgard Santos reduzindo desequilíbrios e sobrecarga de um grupo em relação à outro, objetivando uma distribuição mais estimulante e diversificada das atividades em todos os anos da residência médica, maior motivação para toda a equipe, enquadramento do serviço na nova

matriz proposta pela CNRM e consequente melhoria na qualidade da assistência aos pacientes. Desta forma, pretende-se reduzir fatores estressores, permitindo assim maior aprendizado e aproveitamento deste período de valor inquestionável na formação médica e no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde.

## **2 OBJETIVO**

Propor uma nova escala de trabalho cotidiano para os médicos residentes de dermatologia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos e integrar a aquisição de competências sugeridas pela CNRM na matriz publicada em 2019, melhorando a qualidade do ensino e assistência.

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Projeto de intervenção do tipo plano de preceptoria.

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

O estudo será realizado no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Prof.º Edgard Santos em Salvador – BA. Este serviço atende demandas de nível secundário e terciário da Dermatologia no Estado da Bahia, fazendo parte do Sistema Único de Saúde e estando vinculado a Universidade Federal da Bahia. O Serviço contempla atendimento a pacientes ambulatoriais e internados, realização de fototerapia e procedimentos cirúrgicos para diagnóstico e tratamento de doenças dermatológicas. Dispõe de 6 salas de consultório com 1 impressora compartilhada entre todos os consultórios, 1 sala de procedimentos, 1 sala de aula e cabines para fototerapia. Os leitos de internação hospitalar não são vinculados à especialidade, sendo ocupados conforme demanda de todos os ambulatórios clínicos.

O público alvo serão os médicos residentes do Serviço de Dermatologia deste hospital, totalizando 12 médicos distribuídos em grupos de 4 médicos no 1º ano da residência (R1), 4 médicos no 2º ano da residência (R2) e 4 médicos no 3º ano (R3). O ingresso desses médicos no Programa de Residência Médica em Dermatologia ocorre por concurso público. Os médicos residentes cumprem uma jornada de 60 horas semanais de trabalho e recebem uma bolsa-auxílio.

A equipe executora deste estudo serão os preceptores da residência de dermatologia, que totalizam 3 docentes da Universidade Federal da Bahia e 3 médicas assistentes que deverão ler e fazer contribuições à nova escala de trabalho. Ressalta-se que nenhum destes profissionais é contratado em regime de dedicação exclusiva ao Serviço.

### 3.3 ELEMENTOS DO PLANO DE PRECEPTORIA

#### 3.3.1 COLETA DE OPINIÕES

A coleta de opiniões será a primeira etapa para reorganização das atividades dos residentes e consistirá em ouvir suas ideias e demandas. A nova resolução da CNRM será entregue a todos e eles serão estimulados a analisar e emitir sugestões. Adicionalmente, será disponibilizado um horário, dentro da carga horária estabelecida, para reunião entre os R3s, R2s e R1s. Os doze residentes serão divididos por ordem alfabética em quatro trios (trios A, B, C e D). O trio A será composto pelo R3 cujo nome seja o primeiro na ordem alfabética entre os nomes dos R3s, o trio B incluirá o R3 cujo nome seja o segundo na ordem alfabética entre os nomes dos R3s e assim sucessivamente até que os quatro R3s estejam distribuídos um em cada trio. Da mesma forma será feita a distribuição dos R2s e R1s, sempre considerando a ordem alfabética entre os residentes do mesmo ano, e assim garantindo que cada trio tenha um residente de cada ano. Cada trio irá se reunir em um consultório onde terá acesso ao instrumento intitulado “Avaliação” que estará disponível na área de trabalho do computador daquele consultório. O trio deverá responder o documento digitalmente e salvar. A primeira pergunta permitirá três respostas, uma de cada médico: 1- De zero a dez, cada residente dê uma nota que represente o seu grau atual de satisfação com suas atividades, sendo dez plenamente satisfeito e zero totalmente insatisfeito. Se todos do mesmo trio concordarem, podem identificar qual o ano do residente referente a cada nota, porém caso um dos residentes discorde, esta informação poderá ser dispensada. A segunda e terceira perguntas deverão ser respondidas em conjunto pelo trio: 2- Quais atividades desempenhadas vocês consideram que não têm sido produtivas para o aprendizado e por quê? 3- Considerando a nova resolução da CNRM abaixo, quais as sugestões para melhorar a escala de trabalho de cada ano e atender às demandas propostas?

É importante que os trios sejam compostos por residentes de anos diferentes para que ao pensarem na mudança, exerçam empatia, não sobrecarregando outro grupo em benefício próprio.

Ao final desta atividade, os residentes serão informados que podem adicionar qualquer comentário ou sugestão que desejem fazer de forma individual e anônima, sendo

disponibilizado para isso um classificador que estará localizado no armário onde guardamos livros e aparelhos de uso frequente na rotina do serviço.

Além destas atividades descritas, a qualquer momento que sejam identificados pontos passíveis de melhoria, os residentes e preceptores já dispõem de um canal de comunicação aberto, tanto durante a execução das atividades cotidianas, quanto através de aplicativo de mensagens que tem a vantagem de permitir interação de toda a equipe. Mensalmente, toda equipe de preceptores e residentes da dermatologia se reúne numa das salas do ambulatório para discussão de assuntos acadêmicos e/ou administrativos. Nessas reuniões temos um espaço adicional para debate em grupo, onde o *feedback* é estimulado de forma não hierarquizada, permitindo que os residentes ocupem o papel de principais sujeitos do seu aprendizado.

### 3.3.2 ELABORAÇÃO E APRESENTAÇÃO DA NOVA ESCALA DE TRABALHO

A preceptora responsável por este plano de preceptoria irá receber as opiniões e formular uma nova grade de atividades, atentando-se aos requisitos da nova resolução e mesclando atividades ambulatoriais com turnos de atividades cirúrgicas. Deverão ser contemplados também, embora com carga horária menor, atividades nas áreas de tricologia, dermatopatologia e cosmiatria, além de incluir na grade sessões científicas semanais pelo menos duas vezes por semana para revisão de literatura, discussão de casos ou de temas pertinentes. A escala será enviada por e-mail para os outros preceptores e para os residentes para que todos possam analisar e sugerir alterações. Este trabalho será realizado pela preceptora responsável durante a semana de recesso de final de ano, pois neste período o prédio de funcionamento do ambulatório é fechado pela direção e os preceptores ficam com esta carga horária negativa a repor, podendo compensá-la através de atividades externas mediante autorização da chefia.

Na reunião do serviço no mês seguinte à elaboração, será apresentada a proposta de nova escala, havendo oportunidade para discussão e ajustes. Os residentes serão informados que a partir do início desta nova escala, a avaliação que a Comissão de Residência Médica (COREME) solicita aos preceptores para aprovação no programa, passará a contemplar aspectos abordados pelas diretrizes da nova resolução, como comportamento ético e cuidadoso na interação com os pacientes.

Como forma de aumentar o engajamento e melhoria constante, a cada trimestre os residentes serão convidados a se reunir novamente em trios e responder às mesmas perguntas descritas no item 3.3.1.

### 3.4 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES



Observa-se como fragilidade a alta demanda assistencial do serviço, que pode representar uma ameaça à diversificação das atividades. Existem poucos serviços de dermatologia pelo Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. Mesmo na capital, os pacientes demoram meses para conseguir atendimento. Ressalta-se que a pele é o maior órgão do corpo, e as doenças de pele incluem afecções inflamatórias, alérgicas, infecciosas, oncológicas, genéticas, entre outras. O serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos chega a atender uma média de 40 a 60 pacientes ambulatoriais por dia, incluindo pessoas de qualquer faixa etária, sendo este um número expressivo se considerarmos que se trata de serviço que concentra casos de média a alta complexidade e que a residência é um período de formação, características que implicam em maior tempo de atendimento. O exame físico da pele deve contemplar todo o tegumento pelo menos uma vez ao ano, pela importância de se realizar rastreio para neoplasias cutâneas. O ambulatório tem como portas de entrada as agendas de triagem (marcadas pela Central de Regulação do Estado), e a agenda de interconsulta ambulatorial (solicitação de avaliação por outras especialidades), além de receber os pacientes egressos de internação hospitalar e inúmeros pedidos de encaixe por parte de funcionários, colegas e pacientes, muitos destes pedidos apresentam necessidade real e até urgente de avaliação. Não dispomos de dados exatos sobre o número de casos matriculados por semana, mas é consenso na equipe que este número é superior ao número de altas, de forma que se tornou frequente o agendamento de pacientes extras, reduzindo assim o tempo para avaliação de cada caso e gerando sobrecarga. O ambulatório também é frequentado por alunos do ciclo básico da graduação que demandam tempo para explicações quanto à anamnese, exame físico, etc. Essa disparidade entre demanda x tempo necessário para ouvir e bem atender x número de residentes e preceptores representa uma fragilidade do serviço. Vale ressaltar que além dos casos ambulatoriais, a mesma equipe é responsável por assistir os pacientes internados, responder interconsultas hospitalares e realizar procedimentos cirúrgicos, como biópsia de pele e exérese de tumores de pele.

A especialidade de dermatologia é uma das áreas mais concorridas nos processos seletivos de Residência Médica, isso geralmente acaba trazendo para o setor médicos estudiosos e bastante motivados, alguns dedicam anos para conquistar a vaga. Porém, nota-se que ao longo dos anos de residência este encanto pode se perder. Nos últimos 3 anos tivemos 2 médicas residentes afastadas temporariamente (mais de 30 dias) por questões emocionais e psiquiátricas.

Apesar destas ameaças, o ano de 2020 trouxe uma nova oportunidade de melhoria, pois o R1 que até 2019 cumpria toda a sua carga horária em atividades na Clínica Médica, passará a cumprir seis meses já na especialidade de Dermatologia. Como são quatro R1s, poderemos

contar com mais dois médicos na equipe ao longo de todo ano, dois no 1º semestre e dois no 2º. Poderemos criar agenda para esses médicos, removendo os extras das outras salas e até mesmo liberando um R2 para uma atividade cirúrgica, antes não prevista na escala. Desta forma, pretende-se implantar a intervenção a partir do início de um novo ano letivo para a residência médica, pois com a chegada dos novos R1s ao serviço, torna-se viável a mudança total na organização das atividades. Isto, porém não impede que desde à sua elaboração, ajustes parciais sejam implantados para contemplar demandas possíveis, como por exemplo reorganização imediata do cronograma de sessões teóricas.

Adicionalmente, tivemos êxito na solicitação de duas enfermeiras para integrar a nossa equipe, facilitando um atendimento multidisciplinar com aferição de dados vitais e peso nos usuários crônicos de corticoterapia, apoio nos procedimentos cirúrgicos e realização de curativos em pacientes com úlceras crônicas.

A aquisição de tecnologias que deem agilidade ao atendimento, como disponibilização de impressora em todos os consultórios, e adoção de protocolos terapêuticos padronizados poderão ser facilitadores a considerar no futuro.

### 3.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Para avaliação do processo de implantação da reorganização das atividades da residência a preceptora responsável por este projeto irá utilizar como instrumento de avaliação um questionário, respondido imediatamente antes do início da nova escala e em seguida a cada três meses. Cada pergunta do questionário tem a intenção de avaliar algum aspecto do processo de implantação do plano de preceptoria, sendo respondido e analisado pela preceptora responsável por este projeto. Outros preceptores poderão ser convidados a participar desta análise. Seguem abaixo as perguntas e justificativas:

1- Considere um paciente atendido hoje em consulta ambulatorial que recebe indicação de procedimento cirúrgico. Quantos dias corridos ele necessita aguardar até a primeira data disponível para o procedimento? A justificativa para esta pergunta é avaliar se realmente houve aumento dos turnos cirúrgicos, diversificando a escala de atividades dos residentes e ampliando a oferta deste serviço aos pacientes.

2- Algum médico residente necessitou de afastamento por condições psiquiátricas, emocionais ou apresentou falta não justificada nos últimos 3 meses? Este é um ponto delicado, que se justifica pelo histórico de transtornos de humor, como ansiedade e depressão descritos durante a residência médica. Sabe-se que avaliação da saúde mental é algo complexo. O que se

pretende é usar este dado objetivo como indício de que algo talvez precise ser revisto na reorganização das atividades propostas no projeto.

3- Quantas críticas o setor de dermatologia recebeu de pacientes na ouvidoria? Em quantas o conteúdo foi considerado procedente? Será considerado conteúdo procedente quando a crítica for motivada por falha evitável por parte da equipe de médicos residentes ou preceptores. Essa apuração será feita pela preceptora responsável pelo projeto em conjunto com a chefia que responde às demandas da ouvidoria. As críticas devem motivar melhorias na organização das atividades.

4- Quantas sessões científicas foram realizadas nos últimos 3 meses no setor? Quando o trabalho assistencial se torna exaustivo, é comum que essas sessões sejam canceladas. Então a regularidade das mesmas é um indicativo de que a equipe está bem estimulada e motivada e que o plano de preceptoria está tendo um resultado positivo.

5- As competências sugeridas pela CNRM estão sendo de fato adquiridas? Deve ser revisado se alguma atividade proposta não foi efetivamente implementada e, nesse caso, buscar novas estratégias para implementação.

Adicionalmente, para consolidação da avaliação o serviço será visitado pela Comissão Nacional de Residência Médica, responsável por fiscalizar os programas e apontar necessidade de ajustes, se pertinente. A divulgação dos resultados será feita internamente para a equipe em reunião do Serviço.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este plano de preceptoria prevê como intervenção a reorganização das atividades da Residência Médica de Dermatologia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos. A implementação desta estratégia permitirá adequar a escala atual dos residentes às orientações da nova resolução proposta pela CNRM visando melhorias na qualidade do aprendizado e redução de fatores estressores existentes neste período, como uma jornada exaustiva e grande volume de casos complexos. Essa reorganização objetiva uma diversificação maior das atividades e motivação da equipe, destacando-se entre as mudanças a inclusão de procedimentos cirúrgicos desde o 2º ano da residência, tornando este período menos repetitivo, ao passo que se amplia a oferta para esta demanda e se reduz o tempo de espera dos usuários. A valorização de habilidades humanísticas como o desenvolvimento de comunicação respeitosa, a tomada de decisões em momentos difíceis e análise de questões sociais associadas às doenças são outros fatores relevantes que passarão a ser observados inclusive para avaliação dos médicos que ingressam no programa.

Entre as dificuldades encontradas para implementação, aponta-se o número elevado de pacientes que dependem deste Serviço, sendo a maioria constituída por portadores de doenças crônicas e de alta complexidade, sem previsão de alta por cura, necessitando ainda um tempo maior no atendimento. Este fator associado a um número pequeno de preceptores pode dificultar o intuito de definir atividades outras, além do atendimento ambulatorial. Entretanto o ingresso de mais médicos residentes no serviço a partir de 2020 fornece uma perspectiva positiva de viabilidade do projeto, pois o atendimento ambulatorial poderá ser melhor distribuído.

A nova grade de atividades cotidianas será construída a partir de diálogo e participação ativa de todos os membros da equipe, sendo periodicamente reavaliada para ajustes e melhorias.

Ressalta-se que a residência é um período de importância significativa na formação médica e na prestação de assistência aos usuários do SUS, desta forma em última análise, este projeto permitirá motivar mais a equipe de médicos residentes, esperando-se assim, consequentemente, aumentar a qualidade do atendimento oferecido.

## REFERÊNCIAS

AACH, R.D; COONEY, T.G.; GIRARD, D.E. et al. **Stress and impairment during residency training: strategies for reduction, identification and management.** Annals of Internal Medicine, Filadélfia, v.109, p. 154-161, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução N° 8, de 8 de abril de 2019. Dispõe sobre a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Dermatologia no Brasil. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF. 11 abr. 2019. Disponível em: [https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71090773/do1-2019-04-11-resolucao-n-8-de-8-de-abril-de-2019-71090726](https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71090773/do1-2019-04-11-resolucao-n-8-de-8-de-abril-de-2019-71090726). Acesso em: 15 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNRM N° 02 /2006, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. **Portal do Mec.** [S.l.]. 17 maio. 2006. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/cnrm/resolcnrm002\\_2006.pdf](http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/cnrm/resolcnrm002_2006.pdf). Acesso em: 15 set. 2020.

FAJARDO-ORTIZ, G.; ROBLEDO, H. **Gestión de la atención médica, herramienta fundamental para los médicos residentes.** Cirugia y Cirujanos, Cidade do México, v. 86, p. 71-78, 2018.

LEVEY, R.E. **Sources of Stress for Residents and Recommendations for Programs to Assist Them.** Academic Medicine, Filadélfia, v. 76, n. 2, p. 142-150, 2001.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A.; JORGE, M.R. **Natureza e magnitude do estresse na Residência Médica.** Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 28-34, 1998.

VAN DER LEEUW, R.M.; LOMBARTIS, K.M.J.M.H.; ARAH, O.A. ET AL. **A systematic review of the effects of residency training on patient outcomes.** Biomed Central Medicine, Londres, v. 10, p. 65-75, 2012.

**ANEXO A –****Resolução nº 8, Diário Oficial da União, Brasília, Edição 70, seção 1, p. 200, 2019****MATRIZ DE COMPETÊNCIAS: DERMATOLOGIA****OBJETIVOS**

Formar e habilitar médicos especialistas na área de Dermatologia Clínico-Cirúrgica e sanitária com competências que os capacitem a atuar nos diferentes níveis de complexidade da área, utilizando ferramentas clínicas, exames complementares e propedêutica armada para o diagnóstico e tratamento das doenças cutâneo-mucosas, dos anexos e dos fâneros, na criança e no adulto, em uma abordagem de concepção integral e centrada no indivíduo, estabelecendo relação respeitosa, produtiva e resolutiva com pacientes, familiares e demais profissionais da área da saúde e mantendo comprometimento com a educação médica continuada e integrada às políticas públicas de saúde.

**COMPETÊNCIAS POR ANO DE TREINAMENTO****PRIMEIRO ANO (R1)**

Proporcionar conhecimento teórico-prático com os fundamentos e princípios da dermatologia. Proporcionar ao médico residente a familiarização com as principais ferramentas e métodos clínicos utilizados na dermatologia, assim como o treinamento para manejo clínico e cirúrgico das doenças cutâneo-mucosas, dos anexos e dos fâneros, mais prevalentes.

**COMPETÊNCIAS AO TÉRMINO DO R1**

1. Dominar a utilização dos componentes da abordagem centrada na pessoa;
2. Estabelecer comunicação respeitosa, ética com pacientes, colegas médicos da mesma ou de outra especialidade e outros profissionais da área da saúde;
3. Desenvolver habilidade para comunicar-se com os pacientes/responsáveis sobre a investigação diagnóstica e plano terapêutico, bem como suas complicações, efeitos inesperados, mudanças de plano terapêutico, com ênfase na segurança do paciente;
4. Dominar a embriologia, estrutura e funções da pele, assim como suas relações com órgãos internos;
5. Valorizar a pele como órgão de comunicação interpessoal;

6. Dominar as bases da imunologia aplicadas à dermatologia: organização do sistema imune, princípios básicos da resposta imune, autoimunidade e compreensão do sistema imune associado à pele;
7. Dominar os princípios básicos de biologia molecular aplicados à investigação e diagnóstico em dermatologia;
8. Dominar as bases da genética aplicada à dermatologia;
9. Dominar os princípios básicos de doença aplicados à dermatologia: inflamação, neoplasia, distúrbios metabólicos e genodermatoses;
10. Analisar a epidemiologia nacional e mundial das doenças tegumentares;
11. Dominar a semiologia clínica dermatológica. Realizar anamnese obtendo informações acuradas e essenciais sobre o paciente e suas queixas, bem como o exame físico completo, geral e específico dermatológico utilizando-se da propedêutica própria e da aplicação do jargão adequado para a descrição das lesões elementares;
12. Dominar a avaliação dos nervos periféricos, assim como das cadeias linfonodais periféricas;
13. Formular hipóteses diagnósticas, propor exames complementares para o diagnóstico, propor tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos e orientações de medidas preventivas para as doenças mais prevalentes em dermatologia nos ambientes ambulatoriais e de pacientes internados;
14. Dominar o diagnóstico, tratamento e orientações de medidas preventivas para infecções sexualmente transmissíveis com manifestação cutânea, hanseníase e outras doenças infecciosas prevalentes;
15. Dominar os princípios da biópsia da pele, como suas técnicas e seleção do local para sua realização;
16. Compreender e analisar o método científico e seus principais tipos de pesquisas. Estar capacitado para fazer pesquisas bibliográficas na área, leitura e interpretação crítica de artigos científicos;
17. Analisar problemas sociais e psicológicos associados a doenças dermatológicas e reconhecer a importância dos grupos de apoio aos pacientes e associações de pacientes;
18. Valorizar a importância médica, ética e jurídica de registrar os dados e a evolução do paciente no prontuário de forma clara e concisa, manter atualizado no prontuário os resultados dos exames laboratoriais, radiológicos, histopatológicos, pareceres de outras clínicas chamadas a opinar e quaisquer outras informações pertinentes ao caso;

19. Valorizar e solicitar a necessidade de interconsultas com outros especialistas quando se fizer necessário
20. Realizar a prescrição do plano terapêutico, informado e aceito pelo paciente e/ou seu responsável legal;
21. Realizar a prescrição e todo o acompanhamento do paciente da internação até a alta hospitalar; prescrever as medicações, sabendo reconhecer as características farmacocinéticas e farmacodinâmicas de cada droga no paciente com doença hepática, interações medicamentosas e impacto em outros órgãos e sistemas;
22. Demonstrar e aplicar os conhecimentos sobre a indicação e interpretação de exames de imagem com e sem contraste;
23. Avaliar as indicações e contra-indicações dos métodos diagnósticos e terapêuticos relacionados à especialidade;
24. Compreender os custos da prática médica e utilizá-los em benefício do paciente, mantendo os padrões de excelência;
25. Valorizar a relação custo/benefício para as boas práticas na indicação de medicamentos e exames complementares;
26. Dominar suporte de vida.
27. Dominar o manejo das afecções clínicas mais prevalentes na urgência e emergência.
28. Dominar a base do manejo das afecções clínicas e cirúrgicas com interface na Dermatologia
29. Compreender diagnóstico e tratamento das queimaduras.
30. Dominar os princípios básicos de curativos.
31. Demonstrar cuidado, respeito na interação com os pacientes e familiares, valores culturais, crenças e religião dos pacientes, oferecendo o melhor tratamento

## SEGUNDO ANO (R2)

Consolidar as competências (conhecimento, habilidades e atitudes) na área do exercício da dermatologia com grau crescente de complexidade do treinamento e adição de novos conhecimentos e habilidades dermatológicos mais complexos.

### COMPETÊNCIAS AO TÉRMINO DO R2

1. Realizar pronto-atendimentos dermatológicos.
2. Dominar a técnica de diversos tipos de biópsias cutâneas, os principais procedimentos cirúrgicos dermatológicos ambulatoriais de pequeno porte.



3. Dominar o diagnóstico, tratamento e orientações de medidas preventivas para as doenças mais prevalentes em dermatologia nos ambulatórios de dermatologia geral.
4. Dominar o atendimento dos pacientes internados, bem como prestar inter-consulta especializada a outras especialidades;
5. Avaliar as manifestações sistêmicas das doenças cutâneas, manifestações cutâneas das doenças sistêmicas e as reações adversas tegumentares aos medicamentos em geral, e às novas drogas-alvos e imunológicas utilizadas em oncologia e em outras áreas médicas;
6. Manejar o atendimento às doenças nas faixas etárias pediátrica e geriátrica;
7. Aplicar o atendimento cosmiátrico básico e intermediário em dermatologia;
8. Realizar e analisar os exames não invasivos através de propedêutica armada como dermatoscopia e vídeo-dermatoscopia;
9. Dominar a técnica de coleta de material e identificação microscópica e de culturas dos fungos patogênicos para pele, bem como identificar e reconhecer padrões de cultivos fúngicos de complexidade intermediária em micologia;
10. Realizar acompanhamento e revisão dos exames realizados na rotina dermatológica e reconhecer padrões de complexidade intermediária em dermatopatologia;
11. Dominar os mecanismos de ação, doses, interações medicamentosas e efeitos adversos de medicamentos de uso tópico e sistêmico em dermatologia;
12. Avaliar as principais indicações do uso geral de aparelhos para tratamentos físicos como crioterapia, terapia fotodinâmica, fototerapia, bases da radioterapia, laserterapia e outras fontes de energia não laser;
13. Analisar os custos da prática médica e utilizá-los em benefício do paciente, valorizando os padrões de excelência;
14. Valorizar a relação custo/benefício às boas práticas na indicação de medicamentos e exames complementares;
15. Valorizar o Sistema Único de Saúde, avaliando a estrutura e a regulação
16. Aplicar os conceitos fundamentais da ética médica;
17. Aplicar os aspectos médico-legais envolvidos no exercício da prática médica;
18. Obter o consentimento livre e esclarecido do paciente ou familiar em caso de impossibilidade do paciente, após explicação simples, em linguagem apropriada para o entendimento sobre os procedimentos a serem realizados, suas indicações e complicações;

### TERCEIRO ANO (R3)

Consolidar as competências (conhecimento, habilidades e atitudes) na área do exercício da dermatologia com grau crescente de complexidade e acréscimo do treinamento em questões clínico-cirúrgicas dermatológicas mais avançadas.

#### COMPETÊNCIAS AO TÉRMINO DO TERCEIRO ANO

1. Dominar a indicação das terapêuticas medicamentosa, física e cirúrgica das doenças dermatológicas genéticas, inflamatórias (infecciosas e não infecciosas) e neoplásicas, suas eficácias, segurança e custo;
2. Dominar o manejo geral de aparelhos para tratamentos físicos como crioterapia e fototerapia. Avaliar o manejo da terapia fotodinâmica e laserterapia e outras fontes de energia não laser;
3. Realizar exames dermatoscópicos de rotina e analisar a indicação e do mapeamento digital corporal;
4. Avaliar os padrões avançados de complexidade de análise em micologia, em dermatopatologia e em tricologia;
5. Dominar as indicações dos tratamentos mais complexos em dermatologia, como o uso de agentes imunossupressores, terapias alvo e imunobiológicos;
6. Dominar a técnica de procedimentos dermato-cosmiátricos de maior complexidade incluindo correção de cicatrizes e técnicas cirúrgicas de repigmentação;
7. Dominar procedimentos cirúrgicos de maior complexidade na abordagem de tumores cutâneos e ungueais;
8. Responsabilizar-se por seu aprendizado continuado;
9. Dominar os mecanismos de ação, doses, interações medicamentosas e efeitos adversos de medicamentos imunobiológicos e biossimilares para uso em doenças dermatológicas;
10. Tomar decisões sob condições adversas, com controle emocional e equilíbrio, aplicando liderança para minimizar eventuais complicações, mantendo consciência de suas limitações;
11. Valorizar o Sistema Único de Saúde, avaliando a estrutura e a regulação;
12. Produzir um artigo científico.

## ANEXO B

### RESOLUÇÃO CNRM Nº 02 /2006, de 17 de maio de 2006

Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências.

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), no uso de suas atribuições que lhe conferem o Decreto nº 80.281, de 05 de Setembro de 1977, e a Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981, resolve: Art. 1º. Os Programas de Residência Médica credenciáveis pela Comissão Nacional de Residência Médica poderão ser de acesso direto ou com pré-requisito.

[...]

#### REQUISITOS MÍNIMOS DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

[...]

#### **18 – DERMATOLOGIA - R1, R2 e R3**

Primeiro ano – Clínica Médica – R1

Clínica Médica – 04 meses

Moléstias Infecciosas – 03 meses

Reumatologia – 01 mês

Endocrinologia – 01 mês

Hematologia – 01 mês

Pronto Socorro de Clínica Médica – 01 mês

Segundo e Terceiro anos – Programa Específico – R2 e R3

a) Unidade de internação: mínimo de 10% da carga horária anual;

b) Ambulatório: mínimo de 40% da carga horária anual;

c) Dermatologia sanitária: mínimo de 10% da carga horária anual;

d) Micologia: mínimo de 5% da carga horária anual;

e) Dermatopatologia: mínimo de 10% da carga horária anual;

f) Alergia e Imunologia: mínimo de 5% da carga horária anual;

g) Estágios opcionais: Medicina Ocupacional, cirurgia Plástica, Infectologia ou outros, a critério da Instituição.