

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

PLANO DE PRECEPTORIA EM TERAPIA INTENSIVA PARA RESIDÊNCIA DE
CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

MARÍLIA VICTÓRIA DE SOUZA MOREIRA

PETROLINA/PERNAMBUCO

2020

MARÍLIA VICTÓRIA DE SOUZA MOREIRA

**PLANO DE PRECEPTORIA EM TERAPIA INTENSIVA PARA RESIDÊNCIA DE
CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO**

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). Orlando Vieira Gomes

PETROLINA/PERNAMBUCO

2020

RESUMO

O treinamento médico tem passado por mudanças, com o intuito de tornar o ensino mais efetivo, integrado ao sistema de saúde e direcionado para aplicação do conhecimento na prática clínica. Esse trabalho objetiva aprimorar o ensino-aprendizagem em Terapia Intensiva entre médicos residentes de Clínica Médica. Trata-se de projeto de intervenção, do tipo Plano de Preceptoría, que utilizará as ferramentas: “1-minute-preceptor”, “Impacto máximo no menor tempo possível” e “Ensinando Procedimentos”. Espera-se que esse plano de preceptoría otimize o ensino em cuidados intensivos para os residentes de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco, o que resultará em melhores médicos para a sociedade.

Palavras-chave: Cuidados Intensivos; Ensino; Médicos Residentes.

PLANO DE PRECEPTORIA (PP)

1 INTRODUÇÃO

O treinamento médico, assim como em outras áreas da saúde, tem passado por um processo de mudanças (CASTELLANOS-ORTEGA et al., 2014). Essas mudanças objetivam tornar o ensino mais efetivo, mais integrado ao sistema de saúde, e fortemente direcionado para aplicação do conhecimento na prática clínica (CASTELLANOS-ORTEGA et al., 2014).

Desde 1990, por meio da Lei 8.080/1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem papel ordenador na formação de recursos humanos para saúde, e a partir da Portaria nº 6.482, ficou determinado que o profissional do setor público deve ter perfil adequado às necessidades de saúde da população (LIMA; ROSENDO, 2015). Assim sendo, a formação dos profissionais de saúde deve ser baseada nas demandas da população, que no contexto hospitalar, só é possível à beira leito (CARLOS et al., 2016).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (2014) determinam que o médico ao final do curso deve ser apto a atuar no processo de saúde-doença nos seus diferentes níveis de atenção, promovendo, prevenindo, recuperando e reabilitando a saúde do ser humano (MEC, 2014). De forma semelhante, o Ministério da Educação através do documento Matrizes de Competências em Clínica Médica, determina que o objetivo geral da Residência Médica em Clínica Médica/Medicina Interna é:

“Capacitar o médico residente em Medicina Interna para a executar o atendimento clínico, nos âmbitos individual e coletivo, com geração de vínculo na relação interpessoal e de identidade enquanto membro do sistema de saúde, realizar o plano diagnóstico e de tratamento para as doenças na sua área de ação, nos cenários de prática ambulatorial e hospitalar, nos diferentes níveis de atenção à saúde, com intervenções de promoção, prevenção e recuperação e desenvolver o pensamento crítico e reflexivo ao conhecimento científico pertinente e a sua prática profissional, tornando-o progressivamente autônomo, capaz de praticar a comunicação verbal e não verbal com empatia, comprometido com o seu paciente, capaz de dar seguimento à sua educação permanente, buscando manter a sua competência diante do desenvolvimento do conhecimento com profissionalismo, compreensão dos determinantes sociais do processo de saúde e de doença e de exercer a liderança horizontal na equipe interdisciplinar e multiprofissional de saúde.” (MEC, 2019, p. 1)

Nesse mesmo documento, fica determinado que ao final do primeiro ano de Residência Médica em Clínica Médica, o residente deve compreender e participar do atendimento aos pacientes em cuidados intensivos; e ao final do segundo ano, deve dominar a técnica de tratamento de pacientes em unidades de cuidados intensivos (MEC, 2019).

Assim, com o envelhecimento da população, aumento do uso de técnicas invasivas, e uso de drogas imunossupressoras, por exemplo, a demanda por cuidados intensivos tem crescido exponencialmente (VINCENT; SINGER, 2010).

Dessa maneira, ensinar na Unidade de Terapia Intensiva é desafiador devido à complexidade dos pacientes, a urgência temporal com que atitudes devem ser tomadas, os diferentes níveis dos aprendizes e as dificuldades na comunicação aos familiares, sobretudo no processo de final de vida (LEKSHIMI et al, 2018).

Em saúde, o treinamento médico é um aspecto crucial da qualidade da assistência, oferecer melhores médicos, e assim, melhor cuidado aos pacientes deve ser prioridade para todas as sociedades desenvolvidas (CASTELLANOS-ORTEGA et al., 2014). O objetivo final de todo treinamento médico especializado deve ser garantir alta qualidade na assistência, e isso implica valores éticos, comunicação, trabalho em equipe, comprometimento e conhecimento (GOROLL et al., 2004).

Dessa forma, a boa formação do médico residente de Clínica Médica em Medicina Intensiva é essencial para todo o sistema de saúde (CASTELLANOS-ORTEGA et al., 2014). Para tal, faz-se necessário implementação de estratégias que facilitem o ensino e aquisição de habilidades na prática (SAWYER et al, 2015).

A Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU-UNIVASF), atualmente, possui 10 leitos, e é campo de prática de médicos residentes em Clínica Médica, Cirurgia Geral e Anestesiologia, assim como dos residentes multiprofissionais enfermeiros e fisioterapeutas (EBSERH, 2020). A residência de Clínica Médica do HU-UNIVASF recebe anualmente 5 médicos residentes, os quais permanecem 1 mês na UTI no primeiro ano de residência, e 1 mês no segundo.

Assim, levando em conta toda a importância da formação em Medicina Intensiva, desafios apresentados, e sobretudo, o tempo curto de permanência do médico residente de Clínica Médica nesta unidade, é necessário desenvolver um plano de preceptoría adequado que habilite o residente a cumprir o que está determinado nas Matrizes de Competências em Clínica Médica do Ministério da Educação.

2 OBJETIVOS

Geral:

Aprimorar o processo de ensino-aprendizagem entre médicos residentes de Clínica Médica em Medicina Intensiva.

Específicos:

- Desenvolver um modelo de ensino-aprendizagem mais prático e lúdico, através das ferramentas:

- “*1-minute-preceptor*”

- “Impacto máximo no menor tempo possível”

- “Ensinando procedimentos”;

- Otimizar as avaliações teóricas e práticas dos médicos residentes.

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 conduzido na Unidade de Terapia Intensiva do HU-UNIVASF, com o público-alvo sendo os médicos residentes de Clínica Médica, e a equipe executora será composta por médicos plantonistas e preceptores da Unidade de Terapia Intensiva do HU-UNIVASF.

3.3 ELEMENTOS DO PP

A intervenção será conduzida em quatro etapas principais. A primeira etapa consiste no treinamento de 5 médicos plantonistas da UTI do HU-UNIVASF (responsáveis por cada dia da semana, de segunda a sexta), nas três principais metodologias de ensino que serão aplicadas aos residentes de Clínica Médica. A segunda etapa é aplicar a estratégia de ensino “1-minute-preceptor”, a terceira introduzir a metodologia “Impacto máximo no menor tempo possível” (*CARE*), a quarta inserir “Ensinando Procedimentos”. Em todas as estratégias o médico residente estará continuamente sendo avaliado. Abaixo, cada aplicação de metodologia é pormenorizada.

3.3.1 “1-minute-preceptor”

A estratégia de “preceptoria em 1 minuto” foi inicialmente apresentada em 1992, com o nome de “Modelo de Ensino Clínico de "Microcompetências" em Cinco Etapas” (NEHER et al., 1992). Ele foi inicialmente desenhado para ser aplicado na residência de Medicina da Família nos Estados Unidos, e propôs que a discussão de casos clínicos durasse 5 minutos ou menos, mas sendo efetiva. Posteriormente, autores adaptaram esse modelo a outras unidades de saúde, como as Unidades de Terapia Intensiva, em que o tempo é mais escasso, e tornou-se a metodologia “1-minute-preceptor” ou “ensinando sob pressão” (SANTHOSH et al., 2018).

Assim, a proposta de abordagem dos casos clínicos a beira leito com os residentes de Clínica Médica seguirá os cinco passos de microcompetências, que são:

- 1- Conseguir comprometimento com o caso (chamar a atenção para o caso);
- 2- Sondar evidências científicas que suportem aquele pensamento;
- 3- Ensinar regras gerais sobre o assunto;
- 4- Reforçar o que está correto;
- 5- Corrigir os erros.

Com essa metodologia de abordagem sucinta será possível abordar todos os casos da UTI do HU-UNIVASF de forma rápida e efetiva, para posteriormente aprofundar assuntos mais relevantes.

3.3.2 Impacto máximo no menor tempo possível (*CARE*)

Após a aplicação da metodologia de “preceptoria em 1 minuto” em todos os pacientes, alguns pacientes serão selecionados para abordagem do caso com o modelo “*CARE*”, estratégia de ensino também rápida, mas com discussões mais aprofundadas.

O mnemônico “*CARE*” significa: Clima, Atenção, Raciocínio, Avaliação. Dessa forma, na primeira fase da aplicação dessa metodologia será checado o “Clima”, que consiste em conhecer as expectativas dos residentes, orientar que sejam evitados jargões médicos, evitar “superioridade”, explicitar o que o preceptor estará observando, conhecer as expectativas do paciente, pedir permissão para discussão do caso a beira leito, explicar a proposta e plano para o encontro, encorajar questões e participação. A seguir, aplicar a etapa “Atenção”, em que o preceptor deve ter planejado o encontro com antecedência (tempo de duração, qual o foco da observação), permanecer focado, manter os alunos focados com conteúdo relevante para todos, e seguir um estilo de liderança democrático. Na fase de “Raciocínio”, o exame físico baseado em hipóteses deve ser incentivado, perguntas de sondagem devem ser feitas, e questões clínicas dirigidas por hipóteses aplicadas. Na etapa de “Avaliação”, deve ser dado retorno formativo ao residente, focar em comportamentos específicos, evitar críticas pontuais, encorajar reflexão e estudo após o encontro, e compilar observações para dar um parecer somativo.

3.3.3 Ensinando Procedimentos

Após explanação, discussão e avaliação dos aspectos clínicos dos pacientes internados na UTI, chegará o momento de ensinar procedimentos aos médicos residentes, tais como, intubação orotraqueal, punção de acesso venoso central, coleta de líquido cefalorraquidiano, drenagem de tórax, entre outros. Nesse momento, será seguido a metodologia apresentada por Sawyer et al. (2015), que foi adaptada do modelo de Kovacs (1997). Então, serão seguidas as etapas de Aprender-Ver-Praticar-Provar-Fazer-Manter. Por exemplo, ao ensinar a punção de acesso venoso central, a primeira etapa que o residente deve cumprir é aprender (de forma cognitiva e psicomotora), assim, ele deverá estudar sobre o assunto, participar de sessões didáticas e até fazer uso de programas multimídias (vídeos, entre outros). Será submetido a uma avaliação padrão, como um teste de múltipla escolha, para atestar que adquiriu a parte cognitiva. A próxima etapa é ver o preceptor executar o procedimento, podendo ser uma instrução não verbal e/ou verbal, com apresentação do check-list do procedimento. A seguir, o procedimento deve ser praticado pelo residente no Laboratório de Simulação de Procedimentos da UNIVASF, deve ser dado feedback formativo ao médico residente (comunicação em arco fechado), e nessa fase ele provará que sabe executar a tarefa. Após, chegará a hora de fazer no paciente e manter a boa execução do procedimento, entrando na curva de aprendizado. Em todas as etapas os residentes serão avaliados.

3.4 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

A ausência de um tempo para dedicação exclusiva a atividade de preceptoria é uma grande fragilidade para melhor execução desse plano. Apesar disso, da otimização do tempo com as estratégias apresentadas, ainda assim, existem algumas atividades, que por algum momento, requerem a dedicação exclusiva do preceptor ao ensino, o que durante plantão em UTI pode não ocorrer, devido a imprevisibilidade de intercorrências clínicas. Isso pode ser contornado, pela presença de pelo menos dois médicos plantonistas, por exemplo.

O surgimento de intercorrências com os pacientes, também será momento de implementar as estratégias de ensino propostas, como a “preceptoria em 1 minuto” e a etapa “Ver” do “Ensinando Procedimentos”.

Outra fragilidade é não haver um espaço físico na UTI apropriado para as discussões, de forma confortável. Mas a implementação desse plano é uma oportunidade para organizar a UTI para a atividade de ensino.

Na metodologia “Ensinando Procedimentos” existe a etapa de praticar e provar, que deve ser executada no Laboratório de Simulação da UNIVASF, isso requer a autorização da UNIVASF e disponibilização de preceptor para essa tarefa. Assim, esta é uma fragilidade, mas ao mesmo tempo oportunidade de sistematização da prática do ensino simulado com auxílio da universidade.

O HU-UNIVASF também dispõe de características que são oportunidades para a boa execução do plano de preceptoria, como o fato de ser um hospital-escola, a equipe de médicos preceptores são tecnicamente preparados, existe um número elevado de procedimentos que são realizados diariamente na UTI, e há o apoio institucional para atividades de ensino.

3.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A implementação desse Plano de Preceptoria será avaliada de três formas, a impressão dos residentes sobre esse plano e o impacto cognitivo dele nos residentes, e a impressão dos preceptores a respeito da evolução dos médicos residentes ao longo do período na UTI. Os médicos residentes de Clínica Médica do 2º ano, passaram pela UTI no primeiro ano de residência sem um modelo de ensino planejado. Assim, no rodízio do segundo ano de residência, será dado um questionário sobre a sua experiência prévia na UTI no primeiro dia, e o mesmo questionário será aplicado no último dia a respeito dessa segunda experiência. Dessa forma, será possível avaliar de forma qualitativa as impressões dos médicos residentes a respeito da implementação do PP. Do mesmo modo, os preceptores também responderão a um questionário qualitativo a respeito da evolução dos residentes ao longo do rodízio.

A avaliação do impacto do PP no aprendizado (impacto cognitivo) dos residentes será continuamente realizada. No primeiro dia do rodízio, os residentes serão submetidos a um teste de conhecimentos prévios, assim como no último dia do mês. E ao longo do mês, conforme já foi explicitado nos elementos do PP, os médicos residentes serão diariamente observados e avaliados. O interesse e evolução de conhecimentos e habilidades serão os marcadores mais fidedignos de que este PP impactou positivamente na formação dos residentes.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ensino clínico de excelência é uma habilidade que pode ser estudada, refinada e continuamente melhorada (SANTHOSH et al., 2018). Por isso, implementar um plano de preceptoria na UTI do HU-UNIVASF voltado para a formação em cuidados intensivos dos médicos residentes de Clínica Médica é uma tarefa árdua, mas extremamente necessária.

As Matrizes de Competências em Clínica Médica do Ministério da Educação determinam que ao final da residência de Clínica Médica o residente deve dominar a técnica de tratamento de pacientes em UTI. Conseguir esse resultado com apenas 2 meses de permanência na UTI é trabalhoso, mas parcialmente possível, se o tempo for otimizado e com a implementação das estratégias de ensino apresentadas.

Assim, a metodologia “Preceptoria em 1 minuto” é muito útil para discutir o maior número de casos possíveis, apresentar diversas patologias e instigar os residentes a estudar, e posteriormente, por meios próprios, aprofundar em cada assunto discutido.

O segundo modelo deste PP “Impacto máximo no menor tempo possível” permite discussão mais ampla e pormenorizada de assuntos específicos, e ensina o residente a ter empatia (ao avaliar as expectativas do paciente), manter a atenção, raciocinar, e permite avaliação com feedback formativo.

“Ensinando procedimentos” é uma estratégia de ensino de habilidades muito útil para os residentes de Clínica Médica, pois tais habilidades técnicas são obrigatórias na sua formação, e seguir o roteiro de “Aprender-Ver-Praticar-Provar-Fazer-Manter” torna mais lúdico, didático e fixa as informações.

A ausência de tempo e espaço exclusivos para a atividade de preceptoria é um obstáculo a melhor execução desse PP. Os métodos apresentados podem contornar parcialmente essas barreiras. Pois, eles otimizam o tempo de ensino e prática, assim como, no geral, não exigem maiores recursos do que o próprio leito do paciente. A atividade de simulação de procedimentos também enfrentará algumas dificuldades, mas que ao longo da implementação desse PP, espera-se que sejam superadas.

Por fim, diversos estudos têm demonstrado que a adoção de metodologias e padronização de estratégias de ensino melhoram o cuidado médico e a segurança do paciente. Assim, espera-se que esse PP otimize o ensino em cuidados intensivos para os residentes de Clínica Médica do HU-UNIVASF, o que resultará em melhores médicos para a sociedade.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. 2014. <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>> Acesso em 10 ago 2020.
- BRASIL, Ministério da Educação. **Matrizes de Competências em Clínica Médica**. 2019. <<http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm>> Acesso em 10 ago 2020.
- CARLOS, W.G. et al. **Teaching at the Bedside. Maximal Impact in Minimal Time**. Annals of the American Thoracic Society, v. 13, n. 4, p. 545-548, 2016.
- CASTELLANOS-ORTEGA, A. et al. **Training in Intensive Care Medicine. A challenge within reach**. Medicina Intensiva, v. 38, n. 5, p. 305-310, 2014.
- EBSERH, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco – Residências Médicas: Clínica Médica**. <<http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-univasf/clinica-medica>>. Acesso em 10 ago 2020.
- GOROLL, A.H. et al. **A new model for accreditation of residency programs in internal medicine**. Annals of Internal Medicine, v. 140, p. 902-909, 2004.
- KOVACS, G. **Procedural skills in medicine: Linking theory with practice**. Journal of Emergence Medicine, v. 15, p. 387-391, 1997.
- LIMA, P.A.B; ROZENDO, C.A. **Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde**. Interface, v.19, n. 1, p. 779-791, 2015.
- NEHER, J.O. et al. **A Five-Step "Microskills" Model Of Clinical Teaching**. Journal of the American Board of Family Medicine, v. 5, n. 4, p. 419-424, 1992.
- SANTHOSH, L. et al. **Practical Tips for ICU Bedside Teaching**. Chest, v. 154, n.4, p. 760-765, 2018.
- SAWYER, T. et al. **Learn, See, Practice, Prove, Do, Maintain: An Evidence-Based Pedagogical Framework for Procedural Skill Training in Medicine**. Academic Medicine, v. 90, n. 8, p. 1025-1033 , 2015.
- VINCENT, J.L.; SINGER, M. **Critical care: advances and future perspectives**. Lancet, v. 376, p. 1354-1361, 2010.