

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

**IMPLEMENTAÇÃO DE DISCUSSÃO DE *GUIDELINES* NO SETOR DE
ENDOSCOPIA DO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ**

SUSAN LOUISE KAKITANI TAKATA

CURITIBA/PARANÁ

2020

SUSAN LOUISE KAKITANI TAKATA

**IMPLEMENTAÇÃO DE DISCUSSÃO DE *GUIDELINES* NO SETOR DE
ENDOSCOPIA DO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização de Preceptoría em
Saúde, como requisito final para obtenção do
título de Especialista em Preceptoría em
Saúde.

Orientadora: Andréa Aparecida Contini

CURITIBA/PARANÁ

2020

RESUMO

Introdução: A formação teórica é tão importante quanto a prática em uma residência de endoscopia digestiva. **Objetivo:** Implementar um horário reservado para discussão de *guidelines* com os médicos residentes que forneçam o conhecimento básico para que concluam a residência com uma formação teórica considerada completa. **Metodologia:** Implementação de horário para as discussões, utilizando os princípios de sala de aula invertida. O método de avaliação será em 3 etapas, para ser realizado acompanhamento evolutivo. **Considerações finais:** Deve-se atentar para algumas fragilidades, como férias dos médicos residentes, porém também para algumas oportunidades, como o fato de termos vários médicos disponíveis como preceptores.

Palavras-chave: preceptoria, endoscopia, médicos

PLANO DE PRECEPTORIA (PP)

1 INTRODUÇÃO

Os exames endoscópicos são amplamente utilizados para diagnóstico e tratamento de lesões do trato gastrointestinal. Se realizados de maneira apropriada, são procedimentos seguros e bem tolerados. Para a aprendizagem do exame ser considerada completa, o médico residente deve ter as seguintes habilidades (ADLER et al., 2012): saber recomendar procedimentos endoscópicos (dominar indicações, contraindicações e alternativas diagnósticas e terapêuticas); realizar procedimentos de maneira segura e completa – incluindo conhecimento sobre sedação e analgesia; interpretar corretamente achados endoscópicos e associar terapia relacionada; identificar fatores de risco e saber como minimizá-los; reconhecer limitações e solicitar ajuda se necessário; entender os princípios de medição de qualidade e melhoria do exame.

Os programas de treinamento usam métodos informais de avaliação nos quais, no final do treinamento, a equipe supervisora faz um julgamento subjetivo sobre a preparação geral do médico residente. Em nosso serviço, atualmente, temos poucas discussões programadas disponíveis. Uma vez por semana, intercalam-se discussões de patologia com discussões de temas pertinentes, porém aleatórios. E semanalmente temos discussões de casos com a radiologia. A discussão de *guidelines* - diretrizes clínicas - relacionadas aos procedimentos endoscópicos de maneira voltada para que se atingisse esses conhecimentos mínimos ao final da residência seria uma excelente maneira de aprimorar o curso. Esses *guidelines* seriam provenientes das Sociedades de Endoscopia respeitadas mundialmente, como a ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy), ASGE (American Society for Gastrointestinal Endoscopy), JGES (Japan Gastroenterological Endoscopy Society), SOBED (Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva), entre outros. Com essas discussões, será possível que o residente finalize a residência com conhecimentos mínimos necessários para ter um aprendizado teórico considerado como completo.

2 OBJETIVO

Implementar discussões de *guidelines* no Serviço de Endoscopia do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Será um projeto de intervenção, do tipo Plano de Preceptoria.

3.2 LOCAL DO ESTUDO / PÚBLICO-ALVO / EQUIPE EXECUTORA

O estudo será realizado no Serviço de Endoscopia do CHC-UFPR. O CHC-UFPR é um hospital-escola, com graduação e residência médica. É um serviço terciário, onde todos os setores têm acesso a todos os tipos de complexidade de casos, desde os mais simples até os mais complexos. No setor de endoscopia temos disponíveis 3 salas de exames além de um auditório para discussão em grupo. No serviço, todos os anos, temos 2 médicos na residência de Endoscopia digestiva e 4 médicos residentes em Gastroenterologia que atuam nos exames. Os médicos residentes serão nosso público-alvo. Além disso, contamos com 11 médicos preceptores, que farão parte da equipe executora. Habitualmente, são realizadas aproximadamente 40 colonoscopias e 90 endoscopias digestivas altas por semana. Apesar do número de exames ser bastante importante para a curva de aprendizado do médico residente, a parte teórica também é essencial.

3.3 ELEMENTOS DO PP

O objetivo do plano de preceptoria é implementar um horário reservado para discussão de *guidelines* que forneçam o conhecimento básico para que os residentes concluam a residência com uma formação teórica considerada completa. Para tal, será necessário alterar a agenda dos exames endoscópicos de forma que não interfira no horário das discussões. Atualmente, quem programa a agenda é a chefe de Unidade em conjunto com a chefe de Serviço. Ambos, juntamente com o Coordenador de Residência de Endoscopia, são importantes atores nessa implementação. Além disso, será necessária a participação dos demais colegas do setor de endoscopia. Tendo em vista que o setor está inserido em um hospital escola, e que o aprimoramento na parte teórica refletirá na parte prática, é bem provável que a implementação do projeto terá boa aceitação por parte dos demais colegas. Será utilizado o auditório já disponível em nosso setor. Deverá ser planejado um cronograma com temas básicos e pertinentes, baseados em *guidelines* atualizados de Sociedades de Endoscopia mundialmente respeitadas. Os temas seriam baseados nas habilidades mínimas

necessárias para formação do residente (ADLER et al., 2012): indicações, contraindicações e alternativas diagnósticas e terapêuticas; sedação e analgesia; achados endoscópicos por topografia e sua terapêutica relacionada; identificação de fatores de risco e como minimizá-los. As discussões serão baseadas na metodologia “sala de aula invertida”, para que essas sejam mais produtivas e participativas. Os residentes, com o cronograma em mãos, terão acesso ao conteúdo teórico previamente às discussões. Durante o horário programado, os residentes aplicarão os conceitos em casos clínicos realizados pelo próprio setor, com discussões em grupo com a participação do preceptor. Abaixo, segue exemplo de cronograma a ser seguido:

- Primeiro mês:
 - Equipamentos de endoscopia digestiva: funcionalidade e desinfecção
 - Aspectos anatômicos e exame endoscópico do esôfago, estômago e duodeno.
 - Aspectos anatômicos e exame endoscópico do cólon e do reto
 - Aspectos anatômicos e exame endoscópico das vias biliares e do pâncreas
- Segundo mês:
 - Sedação e analgesia em exames endoscópicos
 - Critérios de qualidade em endoscopia digestiva alta
 - Critérios de qualidade em endoscopia digestiva baixa
 - Cromoendoscopia
- Terceiro mês:
 - Indicações e contraindicações em endoscopia digestiva alta
 - Indicações e contraindicações em colonoscopia
 - Indicações e contraindicações em colangiopancreatografia retrógrada
 - Indicações e contraindicações em ecoendoscopia
- Quarto mês:
 - Alterações benignas do trato digestivo alto
 - Alterações benignas do trato digestivo baixo
 - Alterações malignas do trato digestivo alto
 - Alterações malignas do trato digestivo baixo
- Quinto mês:
 - Endoscopia digestiva na hemorragia digestiva alta varicosa
 - Endoscopia digestiva na hemorragia digestiva alta não varicosa

- Endoscopia digestiva na hemorragia digestiva baixa
 - Endoscopia digestiva na ingestão de corpos estranhos
- Sexto mês:
 - Princípios do eletrocautério em endoscopia digestiva
 - Pólipos gastrointestinais – aspectos endoscópicos e princípios da polipectomia
 - Tratamento de complicações pós-polipectomia
 - Classificações endoscópicas de lesões precoces e avançadas do trato gastrointestinal
- Sétimo mês:
 - Endoscopia pediátrica – princípios básicos
 - Colangiopancreatografia retrógrada – princípios básicos
 - Enteroscopia e cápsula endoscópica – princípios básicos
 - Ecoendoscopia – princípios básicos
- Oitavo mês:
 - Dilatação endoscópica no trato gastrointestinal
 - Lesões subepiteliais do trato gastrointestinal
 - Esofagites específicas por agentes corrosivos
 - Doença celíaca – aspectos endoscópicos
- Nono mês:
 - Cirurgia bariátrica – aspectos endoscópicos
 - Funduplicatura – aspectos endoscópicos
 - Gastrectomias – aspectos endoscópicos
 - Cirurgias do cólon e do reto – aspectos endoscópicos
- Décimo mês:
 - Doença diverticular do cólon
 - Lesões do duodeno
 - Antibioticoprofilaxia em endoscopia digestiva
 - Manejo de anticoagulantes em endoscopia digestiva
- Décimo primeiro mês:
 - Colites específicas e isquêmica
 - Doenças vasculares do cólon
 - Retocolite ulcerativa – imagens e classificação endoscópica
 - Doença de Crohn – imagens e classificação endoscópica

- Décimo segundo mês:
 - Pseudo-obstrução colônica aguda – tratamento endoscópico
 - Tratamento endoscópico de fístulas do trato gastrointestinal
 - Tratamento endoscópico de complicações de cirurgia bariátrica
 - Tratamento endoscópico na doença inflamatória intestinal

3.4 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

Por mais que todos os atores ajam de forma a implementar este plano de preceptoria de forma organizada, algumas fragilidades podem ser antecipadas. Como os exames não possuem uma duração exata previsível (por ex: necessidade de realizar procedimentos não antecipados, encaixe de exames de emergência, ocorrência de complicações), ocasionalmente podem ocorrer atrasos no horário das discussões. Deve-se também lembrar que, como são 6 residentes no total, sempre haverá algum residente ausente nas discussões, uma vez que cada residente tem direito a um mês de férias e um mês de estágio externo por ano.

Contudo, devemos nos atentar as oportunidades para implantação do plano de preceptoria. Temos um setor de endoscopia com grande variedade de casos por estar situado em hospital terciário da rede de saúde pública de Curitiba. Portanto, temos casos clínicos de todos os tipos de complexidade para fomentar a discussão dos *guidelines*. Ademais, o fato de termos 11 médicos preceptores, por mais que nem todos façam parte de todas as discussões, fará com que com certeza as discussões sejam muito ricas.

3.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A avaliação será realizada em 3 etapas. Uma realizada no início da residência, uma aos 6 meses de residência e outra ao fim da residência. Cada etapa consistirá em duas partes. A primeira parte seria uma autoavaliação em relação ao domínio de conhecimentos, desde os mais básicos até os mais complexos, relacionados a prática de endoscopia digestiva. Esta avaliação seria importante para acompanhar a progressão dos residentes além da eficiência da implementação do plano de preceptoria. A segunda parte seria prática, para avaliação dos residentes em si, com a diferença que no início da residência seriam questionamentos teóricos sobre a realização do exame, e nas duas outras etapas seriam com o próprio residente realizando o exame sob supervisão.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação deste plano de preceptoria é importante para garantir uma formação teórica adequada ao médico residente. Atualmente no Serviço de Endoscopia do CHC-UFPR temos poucos períodos de discussão e os assuntos não são pré-determinados de maneira padrão. Devem ser desenvolvidos padrões uniformes que se apliquem a todos que solicitam privilégios para realizar a endoscopia e a todos os estabelecimentos de saúde onde a endoscopia é realizada. Devem ser estabelecidos critérios que sejam aplicáveis a todos aqueles que desejam obter privilégios em cada procedimento endoscópico específico, com o objetivo de prestar cuidados de alta qualidade ao paciente. (WEXNER; EISEN; SIMMANG, 2002). Ao final do treinamento, o médico residente deve ter experiência cognitiva em anatomia, fisiopatologia e no manejo das doenças, assim como habilidade para realizar procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Nos conhecimentos que devem ser adquiridos, inclui-se indicação, complicações, manejo, assim como terapêuticas alternativas. (WEXNER; EISEN; SIMMANG, 2002). Essa formação é importante para garantir um atendimento de excelência ao paciente não só durante a residência, mas também depois que o residente se formar. Deve-se atentar a algumas fragilidades, como a instabilidade de horários que podem dificultar que todos os temas sejam contemplados. Contudo, com certeza, o projeto será bem recebido por toda equipe que por sua vez fará o possível para que todos os objetivos sejam atendidos.

REFERÊNCIAS

ADLER, D. G. et al. Principles of training in GI endoscopy. **Gastrointestinal Endoscopy**, v. 75, n. 2, p. 231–235, 2012.

WEXNER, S. D.; EISEN, G. M.; SIMMANG, C. Principles of privileging and credentialing for endoscopy and colonoscopy. **Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques**, v. 16, n. 2, p. 367–369, 2002.