

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

REESTRUTURAÇÃO DA RESIDÊNCIA DE CLÍNICA MÉDICA APÓS A
PANDEMIA PELA COVID-19

VERÔNICA DE BRITO MELLO MAIA

RIO DE JANEIRO / RJ

2021

VERÔNICA DE BRITO MELLO MAIA

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): Profa. Dra Janine Reginalda Guimarães Vieira

Coorientador(a): Profa. Aíla Marôpo Araújo

RIO DE JANEIRO / RJ

2021

RESUMO

Introdução: A pandemia pela COVID-19 elevou a demanda por serviços emergenciais de saúde, levando à desestruturação da residência em clínica médica no HUGG. **Objetivo:** Desenvolver um plano de preceptoria para reestruturação da residência médica em clínica médica. **Metodologia:** Serão aplicadas metodologias ativas, incluindo aprendizagem baseada em problemas na prática da enfermagem, além de sessões clínicas interativas, estudos dirigidos na forma de sala de aula invertida e preceptoria minuto. A avaliação será construtiva: inicial (diagnóstica), semanalmente (formativa) e ao final do rodízio (somativa). **Considerações finais:** A retomada das atividades assistenciais após a reabertura dos serviços de saúde pode servir para reestruturar e aprimorar o ensino na residência médica.

Palavras-chave: COVID-19, preceptoria, residência médica

PLANO DE PRECEPTORIA (PP)

1 INTRODUÇÃO

A residência médica constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço (SKARE, [s.d.]), sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, segundo a Lei nº 6.982 de 7 de julho de 1981 (Brasil, 1981). Tal modalidade de ensino tem pré-requisitos e recomendações de carga horária estabelecidos pela Resolução da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) nº 2/2006 de 17 de maio de 2006.

Especificamente para o programa de residência em Clínica Médica, os médicos residentes devem ter suas atividades distribuídas entre unidades de internação em enfermagem de clínica médica e de especialidades, ambulatório geral, ambulatório de unidade básica de saúde e ambulatório de clínicas especializadas, unidades de urgência e emergência e unidades de terapia intensiva, além de estágios obrigatórios em especialidades clínicas e atividades teóricas (CNRM, 2006).

Em dezembro de 2019, o mundo se deparou com a emergência de uma nova forma de coronavírus, posteriormente chamado de SARS-CoV2, capaz de causar uma pneumonia viral com elevado potencial de gravidade, chamada de COVID-19, e risco de evolução para síndrome aguda respiratória grave (SARS). Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) caracterizou a COVID-19 como uma pandemia e a doença se disseminou pelo mundo, aumentando abruptamente a demanda por serviços de saúde de alta

complexidade e gerando um déficit de oferta de leitos de terapia intensiva, respiradores e até equipamentos de proteção individual para os profissionais de saúde. Em 27 de março de 2020, por meio da portaria número 580, o Ministério da Saúde lançou a ação estratégica “O Brasil conta comigo – residentes da área da Saúde”, convocando os profissionais de saúde residentes para o enfrentamento à pandemia pela COVID-19 (Brasil, 2020).

Em 14 de maio de 2020, o Ministério da Educação emitiu nota técnica com orientações para as Comissões Estaduais de Residência Médicas (CEREM), Comissões de residência médica (COREME), supervisores e preceptores a respeito dos procedimentos regimentares e a necessidade de flexibilização dos programas de residência médica no contexto sócio-sanitário que se instalou em decorrência da pandemia pela COVID-19. De modo geral, recomendou-se a reorganização dos rodízios cumpridos pelos residentes com priorização das unidades de internação e emergência, sendo o máximo de 24 horas semanais na forma de plantão, e a manutenção de atividades teóricas ocupando 20% da carga horária semanal dos programas. Foi salientada ainda a necessidade de que os médicos residentes fossem devidamente supervisionados e tivessem atribuições definidas em estrita conformidade com sua experiência clínica e capacidade profissional, garantindo o aproveitamento pleno do treinamento pelo médico e a segurança absoluta ao paciente atendido. (Brasil, 2020).

No âmbito do Hospital Universitário Gaffrèe e Guinle (HUGG), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), a condição sanitária emergente impôs mudanças abruptas na organização funcional e estrutural do hospital, com prejuízo imediato aos Programas de Residência, em especial, o de Clínica Médica. Houve suspensão imediata dos atendimentos ambulatoriais eletivos e fechamento de leitos de internação clínica em enfermaria, com restrição para internações de urgência e emergência. Além disso, a equipe médica assistencial, incluindo grande parte dos preceptores da residência médica, foram deslocados dos seus locais originais de trabalho para o plantão no setor de isolamento específico para COVID-19, enquanto médicos com fatores de risco para formas graves da doença foram afastados para atividades não assistenciais. Os residentes de clínica médica passaram a cumprir boa parte de sua carga horária na forma de plantões, tanto no setor de isolamento COVID-19 quanto no CTI geral e enfermaria de clínica médica, e as atividades teóricas ficaram limitadas a discussões em ambiente *on line* pela indisponibilidade de auditórios com garantia de distanciamento social adequado.

No início de junho de 2020, com a estabilização do número de casos e de óbitos pela COVID-19 no município do Rio de Janeiro e a reabertura gradual do comércio e serviços na

cidade, conforme estabelecido no Decreto Municipal número 47.488 de 02 de junho de 2020, a direção médica do HUGG publicou um plano de retomada gradual das atividades assistenciais, incluindo os ambulatorios e a reabertura de leitos clínicos (EBSERH UNIRIO, 2020). Contudo, para garantir a segurança das medidas de controle da disseminação da COVID-19, todas essas atividades foram mantidas com oferta de vagas reduzida para o público geral e conseqüentemente com disponibilidade reduzida de pacientes para treinamento em serviço dos residentes. Além disso, alguns preceptores continuam afastados pela presença de fatores de risco ou para atuação direta no setor COVID do hospital, reduzindo também a disponibilidade de supervisores e preceptores.

Pelo o exposto acima, existe uma necessidade urgente de discutir como o Programa de residência médica em clínica médica pode ser reestruturado, a fim de retomar a capacidade de formação de médicos com elevada capacidade profissional, bem como atender às demandas da nova condição sanitária imposta pela pandemia de COVID-19.

2 OBJETIVO

Elaborar um Plano de Preceptoría de reestruturação do Programa de Residência médica em Clínica Médica do HUGG, capaz de restabelecer a capacidade de ensino das atividades da residência médica, com vistas a um aprendizado autônomo e participativo pelos residentes do setor estudado.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Esse estudo é um Projeto de Intervenção, do tipo plano de preceptoría.

O plano de preceptoría, por sua vez, constitui na observação e problematização da realidade atual, identificação de pontos-chave, teorização com busca de embasamento técnico-científico, formulação de hipóteses de solução e aplicação prática para modificação da realidade inicial.

3.2 LOCAL DO ESTUDO / PÚBLICO-ALVO / EQUIPE EXECUTORA

O estudo será desenvolvido no Hospital Universitário Gaffrè e Guinle (HUGG), o tradicional hospital da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), localizado na cidade do Rio de Janeiro, uma das regiões mais atingidas pela pandemia por

COVID-19, com 90.466 casos confirmados e 9.663 óbitos até 31 de agosto de 2020 (PAINEL, 2020).

O hospital oferece anualmente doze vagas de residência médica de clínica médica, cujas atividades são exercidas nas enfermarias clínicas, com um total de 40 leitos; na unidade de terapia intensiva do hospital (UTI), com 8 leitos; no plantão geral do hospital para atendimento das urgências de demanda espontânea dos pacientes do hospital e intercorrências dos pacientes internados; e nos ambulatórios de clínica médica, com uma média de 35 atendimentos semanais. Além disso, os residentes do segundo ano do programa fazem estágios em especialidades clínicas, como pneumologia, gastroenterologia, cardiologia, endocrinologia.

Antes da pandemia, os preceptores do serviço de clínica médica eram divididos em três equipes independentes e os residentes faziam um rodízio por ano em cada uma das equipes, com duração de quatro meses. No segundo ano do programa, tais rodízios entre as equipes eram intercalados com rodízios nas especialidades clínicas e serviços externos. Cada equipe também tinha o seu próprio ambulatório de seguimento dos pacientes de alta da enfermaria e acompanhamento de pacientes com doenças crônicas. Após a pandemia, porém, por orientação da direção do hospital, houve fechamento de leitos de clínica médica – atualmente com 20 leitos – e unificação do serviço de clínica médica em apenas duas equipes de preceptores. Também houve a redução das vagas de atendimento ambulatorial, sendo restritas a apenas uma tarde, com quatro salas de atendimento e apenas duas vagas de agendamento por sala e, portanto, 8 atendimentos ambulatoriais por semana.

Contextualizados o local do estudo e as condições atuais de funcionamento do serviço de clínica médica do hospital, o público alvo do estudo são os vinte e quatro residentes do programa de clínica médica do HUGG, sendo doze residentes em cada ano do programa. Cabe salientar aqui que os doze residentes do primeiro ano iniciaram o seu programa de residência em março de 2020, sendo a grande maioria deles recém-formados, com pouca ou nenhuma experiência de atuação prática. Imediatamente após o início das suas residências, o funcionamento do hospital foi completamente alterado em decorrência da pandemia pela COVID-19.

A equipe executora do plano de preceptoria são os preceptores do serviço de Clínica médica do HUGG, atualmente divididos em duas equipes para suporte aos pacientes das enfermarias, sendo cada uma delas composta por quatro preceptores. Há ainda uma equipe de quatro preceptores para supervisão das atividades no ambulatório de clínica médica.

3.3 ELEMENTOS DO PLANO DE PRECEPTORIA

Lembrando que o processo de aprendizagem de adultos é desafiador e necessita induzir metacognição, na qual o discente percebe o que não sabe e se motiva para buscar ativamente o conhecimento (MITRE et al., 2008; SKARE, [s.d.]), o presente plano de preceptoria será baseado na aplicação de metodologias ativas na prática diária da assistência na enfermaria e no ambulatório de clínica médica.

Para as atividades da enfermaria, os residentes serão divididos em duas equipes independentes, com doze residentes e quatro preceptores em cada equipe, obedecendo ao princípio do trabalho em pequenos grupos (MITRE et al, 2008). Diariamente, ao passar visita em cada leito e durante o round pela manhã será aplicado o método de Problematização, considerando o arco de problematização de Maguerez (MITRE et al., 2008; VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2015; BERBEL, 2011). Nele, considerando uma situação problema real (o caso do paciente internado na enfermaria), o residente deverá fazer um resumo adequado do caso (observação da realidade), com ênfase à formulação da lista de problemas do paciente (pontos-chave), seguido de explanação do raciocínio clínico adequado ao caso (teorização) e formulação de hipóteses de solução na investigação clínica ou tratamento. Os preceptores então deverão criticar de forma construtiva a desenvoltura do residente, sempre elogiando e os pontos positivos e sugerindo melhorias dos pontos negativos (*feedback*). Cabe salientar aqui que cada residente será responsável por um paciente e deverá estudar a doença em questão, bem como ficar responsável pela execução das ações de investigação e tratamento propostas para o paciente (aplicação à realidade) (MITRE et al., 2008).

Ainda no contexto da enfermaria, está previsto dois tipos diferentes de atividades teóricas a serem desenvolvidas durante as tardes. O primeiro tipo de atividade teórica será as sessões clínicas, na qual um dos residentes faz uma aula expositiva com a apresentação de um caso clínico, seguida de momento para a interação entre os demais residentes presentes, que deverão expor seu raciocínio clínico referente ao caso, sugerir os próximos passos da investigação clínica e formular hipóteses diagnósticas. A seguir o residente responsável pela explanação finaliza o caso revelando o diagnóstico final e a evolução clínica e fazendo uma pequena exposição teórica referente ao caso.

O segundo tipo de atividade teórica será com estudos dirigidos, na forma de sala de aula invertida. Nessa atividade será fornecido material com caso clínico ou pequeno texto sobre o assunto de interesse com antecedência mínima de uma semana, bem como referência para estudo do tema. Os residentes deverão encontrar as respostas de perguntas referentes ao

assunto, também previamente enviadas pelo preceptor. Durante o encontro presencial, os conceitos e respostas das questões serão discutidas em grupo e, por fim, o preceptor fará pequena exposição para concluir o tema e corrigir os erros das respostas dos residentes. (BISHOP; VERLEGER, 2013).

Nas atividades ambulatoriais será priorizada a Preceptoria Minuto (SKARE, [s.d.]), na qual o residente executará o atendimento do paciente e deverá expor ao preceptor a sua proposta de intervenção para o caso específico daquele paciente. Durante a discussão clínica, o preceptor deverá induzir o residente a se comprometer com o caso, perguntando ativamente sobre a opinião do residente e sua proposta de conduta, bem como induzir o residente a buscar seus conhecimentos prévios e aplicá-los ao caso. Ao discutir as condutas, o preceptor deverá atentar-se para referir-se a regras gerais e sempre incentivar o residente a pensar na solução específica. Ao final, o preceptor deverá reforçar os pontos positivos e fazer um *feedback* construtivo cuidadoso.

3.4 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

Provavelmente a maior fragilidade deste plano de preceptoria é o momento de reestruturação do hospital e reorganização da assistência para a nova realidade de isolamento social, no qual os preceptores precisam desempenhar sua função assistencial ao mesmo tempo em que executam as suas funções pedagógicas. Sendo assim, em muitos momentos não há disponibilidade de tempo suficiente para o desempenho adequado das funções pedagógicas. Uma forma de melhorar esse ponto de fragilidade seria aumentar o número de preceptores ou de médicos assistencialistas na unidade, porém essa alternativa pode apresentar impedimentos para ser atendida pela administração da instituição.

Por outro lado, é justamente esse período de reestruturação da assistência que se torna uma oportunidade de melhorar o modelo como a preceptoria acontecia antes, sem uma organização clara do papel de cada ator e sem um plano organizado de execução. Outra oportunidade a ser citada é o aumento da participação ativa dos alunos e absorção do conhecimento com vistas a uma melhor autonomia do aprendiz.

3.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Como elemento primordial do processo ensino-aprendizagem, a avaliação deve ser permanente e dinâmica, com o objetivo de acompanhar o avanço dos residentes e reconhecer suas dificuldades, permitindo as intervenções pertinentes. A avaliação deve ser ampla e

produzir reflexão crítica sobre a prática, influenciando as ações seguintes. (MITRE et al., 2008).

Neste plano de preceptoria, o processo de avaliação consta de uma avaliação diagnóstica feita no início do período, constando tanto de uma avaliação teórica sobre os grandes temas de clínica médica, quanto uma autoavaliação de cada residente sobre o estado atual do seu conhecimento, incluindo a percepção da dificuldade para responder à avaliação teórica (SANT'ANNA, 2009). Nesse mesmo momento, será feita uma reunião com explanação das competências que se espera que os residentes adquiram durante o período de residência médica (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2021).

Ao final de cada semana, sempre que possível, será feita uma avaliação formativa com elementos qualitativos, com o objetivo de identificar os resultados da aprendizagem e possibilitar a reformulação do projeto de ensino conforme a necessidade. Nesse momento, serão feitos registros pelos preceptores do desenvolvimento dos residentes no que se refere à autonomia, conhecimento, capacidade de organização, participação, relação com os pacientes e colegas. Os resultados desses registros e avaliações deverá ser discutido com os residentes em diálogos abertos, onde estes terão liberdade de apontar pontos negativos e positivos do processo de aprendizagem. Essas informações em conjunto serão utilizadas para modificar o processo de ensino-aprendizagem, aperfeiçoando as atividades para melhorar os resultados (MITRE et al., 2008; SANT'ANNA, 2009).

Ao final de cada rodízio, antes da troca da equipe assistencial e dos preceptores, será feita uma avaliação somativa na forma de prova teórica envolvendo questões sobre os tópicos discutidos ao longo do período nas atividades teóricas e discussão de casos clínicos hipotéticos e reais, com o objetivo de classificar os residentes de acordo com os níveis de conhecimento e competências obtidos e identificar o grau de aproveitamento durante o processo de aprendizagem (SANT'ANNA, 2009).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia pela COVID-19 assolou o mundo e o nosso país trazendo uma situação de saúde pública e sanitária nunca antes presenciada pela nossa geração. Subitamente, todos os serviços de saúde tiveram que se voltar para a demanda crescente de assistência emergencial em saúde, desestruturando as atividades assistenciais habituais e, mais ainda, as atividades de ensino dos programas de residência médica.

A retomada das atividades assistenciais após a reabertura dos serviços de saúde para a população, traz junto o desafio de reestruturar as atividades de preceptoria e a formação

educacional dos residentes médicos, em meio às dificuldades impostas pela demanda crônica por serviços de saúde, reprimida durante os piores momentos da pandemia. É nesse contexto que o plano de preceptorial acima exposto se insere.

Apesar do desafio que representa, o momento também permite uma reformulação das práticas pedagógicas, com o objetivo de melhorar a formação médica em serviço.

REFERÊNCIAS

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 32, n. 1, p. 25, 27 mar. 2011.

BISHOP, J. L.; VERLEGER, M. A. The Flipped Classroom: A Survey of the Research. In: ASEE ANNUAL CONFERENCE & EXPOSITION PROCEEDINGS, 120., 2013, Atlanta. **Annals...** Atlanta, 2013. p. 1-18.

BRASIL. Lei nº 6.982, de 07 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. DOU, 09 jul. 1981.

BRASIL. Nota Técnica nº 1/2020/CNMR/CGRS/DDES/SESU/SESU, de 14 de maio de 2020. Recomendações quanto ao desenvolvimento das atividades do Programa de Residência Médica (PRMs) durante o enfrentamento à pandemia por COVID-19. **Nota Técnica**: Processo número 23000.015323/2020-55. SEI, 14 maio 2020. Verificador 2057793, código CRC A3136F23. Disponível em: http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0. Acesso em: 14 maio 2020.

BRASIL. Portaria nº 580, de 27 de março de 2020. Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Residentes na Área da Saúde", para enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID19). 61. ed. DOU, 30 mar. 2020. Seção 1, p. 75-75.

BRASIL. Resolução nº 2, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. DOU, 19 maio 2006. Seção 1, p. 23-36.

EBSERH UNIRIO (Rio de Janeiro). UGEA / DE / GAS / HUGG-UNIRIO / EBSERH. **Ofício número 005/2020**. SEI, 19 out. 2020.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Matriz de Competências em Clínica Médica. In: **Matriz de Competências em Clínica Médica**. Portal MEC. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=71531>. Acesso em: 12 jan. 2021.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. suppl 2, p. 2133–2144, dez. 2008.

PAINEL Coronavírus COVID-19. In: **Http://painel.saude.rj.gov.br/monitoramento/covid19.html**. [S. l.], 31 ago. 2020.

Disponível em: <http://painel.saude.rj.gov.br/monitoramento/covid19.html>. Acesso em: 31 ago. 2020.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Decreto nº 47488, de 2 de junho de 2020**. Institui o Comitê Estratégico para desenvolvimento, aprimoramento, e acompanhamento do Plano de Retomada, em decorrência dos impactos da pandemia da COVID-19, e dá outras providências. [S. l.], Rio de Janeiro, RJ, jun. 2020.

SKARE, T.L. **Metodologia do ensino na preceptoría da residência médica**. p.5, [s.d], 2012.

SANT'ANNA, Ilza Martins. **Porque avaliar? Como avaliar?: Critérios e instrumentos**. 13. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

VILLARDI, ML, CYRINO, EG, and BERBEL, NAN. A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades. In: *A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos* [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, pp. 45-52. ISBN 978-85-7983-662-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.