

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**  
**CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM**  
**SAÚDE - CEDESS**  
**MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**MIGUEL KOURY FILHO**

**O CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS NA RESIDÊNCIA**  
**MÉDICA EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA: Uma proposta de formação**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

**SÃO PAULO**  
**2018**

**MIGUEL KOURY FILHO**

**O CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS NA RESIDÊNCIA  
MÉDICA EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA: Uma proposta de formação**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Irani Ferreira da Silva Gerab

Coorientador: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

**SÃO PAULO**

**2018**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Prof. Antonio Rubino de Azevedo,  
Campus São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Filho, Miguel Koury

O CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS NA  
RESIDÊNCIA MÉDICA EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA: Uma proposta  
de formação / Miguel Koury Filho. - São Paulo, 2018.  
X, 122f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo, Escola  
Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional  
Ensino em Ciências da Saúde,.

Título em inglês: THE CURRICULUM BASED ON  
COMPETENCES IN THE MEDICAL RESIDENCE IN DIGESTIVE  
ENDOSCOPY: A training proposal.

1. Residência Médica. 2. Currículo. 3. Competência Profissional. 4.  
Endoscopia.

**MIGUEL KOURY FILHO**

**O CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS NA RESIDÊNCIA  
MÉDICA EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA: Uma proposta de formação**

São Paulo, 11 de dezembro de 2018.

---

Presidente da Banca: Profa. Dra. Irani Ferreira da Silva Gerab

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Maria do Patrocínio Tenório Nunes

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Elke Stedefeldt

---

Prof. Dr. Paulo Roberto Alves de Pinho

*Em memória dos professores e amigos  
João Miranda e Derly Streit.  
Pesquisadores, empreendedores dentro do Universo  
Educativo e incentivadores diretos de minha  
carreira e formação pessoal. Infelizmente nos deixaram  
antes que este trabalho se concluísse. Mas tenho certeza que  
dentro dele há muito destes dois amigos.  
Meus eternos respeitos e agradecimentos.*

## AGRADECIMENTOS

Palavras não são suficientes para agradecer minha esposa. Muito além deste trabalho, nossa parceria e cumplicidade ultrapassam o tempo e só se ampliam e melhoram ao longo dos anos. Ter você ao meu lado é a certeza da felicidade e alegria eternas.

Às minhas filhas, Laura e Luisa, que, estando ao meu lado, são meu maior estímulo para continuar crescendo como pessoa, médico e professor. Seus sorrisos e abraços valem mais que qualquer ganho pessoal. Suas companhias são maravilhosas.

Aos meus pais por serem meu norte e meu exemplo de pai e profissional. Ter vocês como inspiração faz tudo ficar mais fácil.

À minha querida Professora Irani, pessoa de sorriso franco, de dedicação ímpar, que se tornou meu motor e minha segurança na realização desta pesquisa. Seus incentivos e orientações foram fundamentais para a qualidade deste trabalho.

Ao querido Professor, Nildo Batista, que, com seu olhar qualificado e atento, deu faces lapidadas a este texto. Agradeço cada minuto de sua atenção.

À Faculdade de Medicina de Petrópolis, instituição que me acolheu como seu primeiro residente, como professor e que me permite exercer esta arte tão nobre da docência.

À estimada Professora, Maria Isabel, pela parceria, incentivo, conversas, que me inspiram a crescer dentro da carreira docente. Obrigado pelas portas sempre abertas.

Ao Professor, amigo e guru, Antonio Carlos Castor Maciel, a quem devo muito. Desde os ensinamentos na época de residência, à confiança como professor e ao incentivo a traçar voos cada vez mais altos. Exemplo e inspiração.

À minha amiga Patricia Tavares pela companhia e pela amizade. Sua presença minimizava o cansaço e a distância de casa.

À minha nova velha amiga Renandra pelas cobranças, puxões de orelha, revisões, incentivos, parceria, companhia. Ter você ao lado elevou o nível de meu trabalho e de minha carreira.

Ao CEDESS, com seu pessoal atencioso e dedicado, que tornaram a distância de casa menos sentida. Marcelo, Sueli, Gi, Conceição e todos os demais, agradeço pela atenção e pelo carinho.

À minha turma de mestrado. Que felicidade conhece-los. Nunca achei que na casa dos quarenta eu voltaria a ter uma turma. Com as mesmas parcerias, conversas, trabalhos e amizades. Um beijo a cada um e obrigado por terem surgido em minha vida.

Aos meus Bons Amigos pela parceria eterna e fraterna que estimula e alivia. Torna a vida mais feliz e leve.

A todos os meus alunos. Os que já foram, aos que são e aos que ainda serão. Vocês são a razão deste trabalho. Sem vocês eu não seria professor. Tudo para e por vocês.

## RESUMO

**Introdução:** A residência médica é considerada o padrão ouro na formação de médicos especialistas no país. Instituída no Brasil na década de 40, este modelo de pós-graduação lato sensu apresenta ainda nos dias atuais pouca orientação em termos das competências esperadas para os aprendizes ao fim de seu estágio. Apesar de entendermos a conformação de um currículo como essencial para a melhor programação e direcionamento da formação, vemos poucas instituições ou sociedades caminhando neste sentido. Falta à formação do médico endoscopista currículo orientado pelas competências esperadas, que possa melhor nortear aprendizes e instrutores. **Objetivos:** Investigar as competências necessárias para a formação de um médico endoscopista na residência médica e a elaboração de uma proposta de formação. **Metodologia:** Essa pesquisa partiu da análise documental dos documentos que regem a residência médica em endoscopia no Brasil. Posteriormente, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com supervisores de Programas de Residência Médica em Endoscopia do Rio de Janeiro e São Paulo. Tanto os documentos quanto as entrevistas após transcritas foram submetidas a análise temática após leitura flutuante e codificação dos dados. A partir desta análise os resultados foram categorizados e examinados, de maneira a agrupar as categorias por similaridade. A partir das informações analisadas, montou-se uma proposta de currículo baseado em competências para um Programa de Residência Médica em Endoscopia. **Resultados e Discussão:** Dentro do levantamento após análise documental e análise das entrevistas com os supervisores de programa, pudemos compilar as informações que permitem desenhar uma proposta de formação orientada por competências. Este é um programa de dois anos de duração, com carga horária de 60 horas semanais, onde a formação ocorre de maneira gradual. Tem como base módulos guiados por competências, as quais ocorrem dentro de um ambiente de treinamento em serviço supervisionado. Dentro da proposta realizada, o foco da formação é o residente, com suas necessidades e dificuldades sendo levadas em conta. O módulo temporal serve como guia para a formatação proposta, mas respeitando a individualidade de cada aprendiz. A parte teórica da formação baseia-se em metodologias ativas, com maior participação do residente no aprender a aprender, e a avaliação tem característica formativa, privilegiando o ganho gradual de conhecimento e permitindo ao residente aproveitar cada uma das etapas realizadas. **Considerações finais:** Esta proposta vai ao encontro da literatura internacional, que atualmente propõe formações guiadas por metas que representem competências esperadas para o aprendiz quando de sua vida profissional. Entende-se que, quanto mais semelhante à atuação profissional for a formação do aprendiz, melhor será seu resultado final.

**Palavras-chave:** Residência Médica. Currículo. Competências. Endoscopia Digestiva.



## ABSTRACT

**Introduction:** Medical residency is considered the gold standard in the training of medical specialists in the country. Established in Brazil in the 1940s, this latent-sense postgraduate model still presents little guidance in terms of the skills expected from apprentices at the end of their internship. Although we understand the conformation of a curriculum as essential for the better programming and orientation of the formation of professionals, we see few institutions or societies walking in this direction. The training of the endoscopist lacks a curriculum that is guided by expected skills, which can better guide apprentices and instructors. **Objectives:** To investigate the necessary competences for the formation of an endoscopist doctor in the medical residency, and the elaboration of a training proposal. **Methodology:** This research was based on the documentary analysis of the documents that govern medical residency in endoscopy in Brazil. Subsequently, semi-structured interviews were conducted with supervisors of Medical Residency Programs in Endoscopy of Rio de Janeiro and São Paulo. After being transcribed, both the documents and the interviews were submitted to thematic analysis after EDA (Exploratory Data Analysis) and data coding. From this analysis the results were categorized and examined in order to group the categories by similarity. Based on the information analyzed, a competency-based curriculum proposal was set up for a Medical Residency Program in Endoscopy. **Results and discussion:** Within the survey after documentary analysis and analysis of the interviews with the program supervisors, we were able to compile the information that allows to design a proposal of training oriented by competences. This proposed program is a two-year program with a 60-hour workweek, where training takes place gradually. It is based on competency-driven modules, which occur within a supervised service training environment. Within this proposal, the focus of the training are the residents, with their needs and difficulties being taken into account. The temporal module serves as a guide for the proposed formatting, but respecting the individuality of each learner. The theoretical part of the training is based on active methodologies, with a greater participation of the resident in learning to learn, and the evaluation has a formative characteristic, privileging the gradual gain of knowledge and allowing the resident to take advantage of each of the steps performed. **Final considerations:** This proposal is in line with the international literature, which presently proposes formations guided by goals that represent competencies expected from apprentices during their professional lives. It is understood that the more similar to the professional performance the apprentices' training is, the better its final result will be.

Keywords: Medical Residency. Curriculum. Skills. Digestive endoscopy.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> Perfil dos Programas de Residência Médica em Endoscopia, em que estão inseridos os participantes da pesquisa. ....	31
<b>Quadro 2</b> Modelo de codificação das entrevistas .....	33
<b>Quadro 3</b> Modelo de Categorização das Entrevistas.....	34
<b>Quadro 4</b> Conhecimentos esperados para os residentes de acordo com o levantamento de campo.	68
<b>Quadro 5</b> Habilidades esperadas para os residentes de acordo com o levantamento de campo.....	68
<b>Quadro 6</b> Atitudes esperadas para os residentes de acordo com o levantamento de campo.....	69
<b>Quadro 7</b> Conhecimentos e habilidades esperados para os médicos endoscopistas de acordo com o Ekkelenkamp.....	71
<b>Quadro 8</b> Descrição dos níveis de desempenho durante o desenvolvimento de uma competência..	73
<b>Quadro 9</b> Infraestrutura a ser utilizada para o programa proposto .....	85
<b>Quadro 10</b> Características gerais do programa proposto .....	87
<b>Quadro 11</b> Proposta de Currículo Baseado em Competências para um Programa de Residência Médica em Endoscopia Digestiva .....	90

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
2.1 Objetivo geral.....	17
2.2 Objetivos específicos.....	17
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>18</b>
3.1 A residência médica e a formação do endoscopista .....	18
3.2 Currículo Baseado em Competências na Residência Médica .....	24
<b>4 . PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>29</b>
4.1 Fundamentação Metodológica.....	29
4.2 Etapas Da Pesquisa .....	29
4.2.1 Análise Documental .....	29
4.2.1.1 Análise dos dados.....	30
4.2.2 Entrevista com os Supervisores.....	30
4.2.2.1 Contexto da produção de dados.....	31
4.2.2.2 Análise das Entrevistas .....	32
4.3 Procedimentos éticos e legais .....	35
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>37</b>
5.1 Formação do Médico Endoscopista: Documentos Norteadores.....	37
5.2 A formação do residente em endoscopia digestiva sob o olhar dos Supervisores .....	47
5.2.2 Competências Necessárias Para a Formação do Médico Endoscopista.....	57
A preocupação final dos supervisores gira em torno de uma boa adaptação à realidade do mercado, tendo em vista que a os residentes podem ter que atuar em locais com características diferentes daqueles onde fizeram sua formação:.....	66
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>67</b>
6.1 Proposta de Currículo.....	83
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>105</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>106</b>

<b>APÊNDICES.....</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA .....</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UNIFESP.....</b>	<b>114</b>

## APRESENTAÇÃO

A medicina faz parte de minha vida desde o nascimento. Tendo pais médicos, o assunto vinha a baila em casa quase todo o tempo. Mesmo que inicialmente não tivesse sido tocado pelo desejo de seguir essa carreira, fui me afeiçoando à possibilidade e segui nesse caminho.

Minha graduação ocorreu na Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, em Niterói, no período de 1994 a 2000. Ali iniciei meu contato e prazer na arte da docência, tendo atuado como monitor ao longo de todo o período de faculdade. Após um período como médico do Exército, comecei a pós-graduação *lato sensu*, em Cirurgia Geral, na primeira turma de Residência Médica da Faculdade de Medicina de Petrópolis / Hospital de Ensino Alcides Carneiro, local que me acolheu e que adotei como segunda casa.

Terminei minha formação em Cirurgia Geral no início de 2004 e busquei maior aprimoramento como médico estagiário do serviço de Endoscopia Digestiva do Hospital Federal de Ipanema no período de 2004 a 2006, ano em que retornei à Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP), atuando com a Residência Médica desde então, inicialmente, como Supervisor do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral do Hospital de Ensino Alcides Carneiro (HEAC). Em 2011 assumi a coordenação da Comissão de Residência Médica (COREME) desta instituição, função em que atuo até a presente data.

Como a maioria dos profissionais de ensino do mundo universitário, tornei-me professor sem nenhum preparo prévio, apesar do grande gosto e entusiasmo pela docência. Em 2014, devido à função de coordenador da COREME, fui convidado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde para participar do Programa de Formação de Preceptores da Residência Médica do PROADI/SUS, ocorrido no Hospital Alemão Oswaldo Cruz, onde comecei a despertar a atenção para temas como andragogia, técnicas de ensino e aprendizagem significativa.

Apesar do grande impacto pessoal com os ensinamentos decorrentes deste curso, senti que precisava aprimorar ainda mais a minha formação, o que me levou a procurar, em 2015, o Mestrado Profissional em Ensino das Ciências da Saúde do CEDESS/UNIFESP, onde busquei trabalhar com um objeto relacionado com as minhas funções profissionais junto à residência médica, no intuito de aprimorá-la.

Neste período participei do curso de aperfeiçoamento em Gestão de Programas de Residência em Saúde no SUS (GPRS), do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, onde fomos instados a produzir algo inovador no âmbito da residência, o que veio ao encontro do trabalho que estava desenvolvendo e ampliou minha perspectiva.

Paralelamente a este processo formativo, a FMP/FASE em conjunto com o HEAC manifestaram interesse na implantação de um Programa de Residência Médica em Endoscopia Digestiva. A partir de tudo que tenho aprendido, penso ser adequado construir um currículo baseado nas competências necessárias para que um médico residente desta especialidade tenha uma melhor formação.

## 1. INTRODUÇÃO

A residência médica é um modelo de pós-graduação considerado atualmente o padrão ouro na formação e titulação de médicos especialistas (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO., [s.d.]). Sua intencionalidade é o aperfeiçoamento e especialização do ensino médico concluído na graduação (BOTTI, 2009).

Sua origem no Brasil remonta à década de 40 e, desde então, vem sofrendo modificações e aperfeiçoamentos no intuito de aprimorar o caráter educacional, sem perder seu fundamento que é o treinamento em serviço. Apesar de tal esforço, alguns dados chamam atenção, como a falta de uniformidade e de diretrizes para este tipo de formação, em contraponto ao que vemos na graduação médica, por exemplo, e o tempo decorrido desde a última resolução publicada com este intuito, ocorrida em 2006.

A formação em endoscopia digestiva inicia-se no país a partir da década de 1960, como parte da formação do médico gastroenterologista. A partir da década de 1980 ganha na tecnologia um aliado, que será constante ao longo do tempo, com o surgimento dos videoendoscópios, que permitem o compartilhamento em tempo real das imagens dos procedimentos.

No âmbito da Residência Médica, a formação em Endoscopia ocorre a partir de 2002 como área de atuação da Cirurgia do Aparelho Digestivo e da Gastroenterologia e em 2003 como especialidade, tendo como pré-requisito a formação em Clínica Médica.

Desde 2006, há uma cisão no que se entende como Endoscopia, que continua como especialidade, tendo como pré-requisito a formação em Clínica Médica ou em Cirurgia Geral e a Endoscopia Digestiva, que aparece como área de atuação do médico gastroenterologista, coloproctologista ou cirurgião do aparelho digestivo. Ambas as formações podem ocorrer em Programas de Residência Médica reconhecidos pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC).

Como em todo processo formativo, o currículo deve servir como um guia que permite a quem ensina e a quem aprende entender os objetivos de cada etapa da mesma. Nele podem estar desenhados o modelo de ensino desejado, o resultado esperado e como a atuação do residente será avaliada.

Quando se fala de um currículo baseado em competências, procuramos relacionar diretamente o ensino com a atuação final do residente e, no caso da

endoscopia, propiciando ao mesmo o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes que o permitam atuar como endoscopista, resolvendo problemas e enfrentando eventualidades dentro de um contexto local de trabalho. A partir do que se determina como perfil final do egresso, gradualmente se insere na proposta de ensino partes deste perfil que vão sendo agregadas às experiências prévias do residente até que se atinja o patamar desejado.

Este currículo privilegia o residente em seu tempo necessário para o desenvolvimento. Apesar de manter aspectos e objetivos a serem alcançados, é o processo de aprendizado que se tenta priorizar, respeitando as demandas e dificuldades de cada um.

Dentro desta perspectiva de um provável melhor ensino a partir de um currículo baseado em competências, seria de se esperar que este fosse o modelo mais utilizado para o ensino médico. Não obstante, podemos observar poucas instituições fazendo uso do mesmo, apesar de um movimento incipiente observado a partir de propostas da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), representadas pelo programa pioneiro da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, pelas resoluções que indicam as competências mínimas dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e Pediatria, publicadas em 2015 e 2016, e a solicitação enviada pela Secretaria de Educação Superior (SESU) para as Comissões de Residência Médica este ano, com as competências desejadas para o Programa de Cirurgia Geral.

Com estas ideias, procuramos trazer, neste trabalho, uma proposta de currículo baseado em competências para um Programa de Residência Médica em Endoscopia, que possa se adequar ao meu ambiente de trabalho, ou seja, o Hospital de Ensino Alcides Carneiro / Faculdade de Medicina de Petrópolis.

Para fundamentar melhor o delineamento deste programa, considero importante responder às seguintes questões:

- O que documentos oficiais apresentam que possa orientar a formação do endoscopista?
- Quais as características de um bom Programa de Residência Médica em Endoscopia?
- Que competências devemos esperar de um médico endoscopista ao final de sua formação na residência médica?



- Qual seria o currículo baseado em competências mais apropriado para um programa de residência médica em endoscopia?

Esta pesquisa, objetiva, portanto, responder a estas perguntas e, a partir daí, subsidiar a formatação de uma proposta de formação para a residência médica da FMP/HEAC, dentro das características do Mestrado Profissional, ou seja, gerando um produto final que atenda a uma demanda relacionada com a realidade profissional. No caso, como parte das funções de coordenação da COREME (BRASIL. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, 2013).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Investigar as competências necessárias para a formação de um médico endoscopista na residência médica, com vistas à elaboração de uma proposta de formação.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a) Analisar os documentos norteadores para a formação e atuação do médico endoscopista.
- b) Entender, na perspectiva de supervisores de programas, quais seriam as características de um bom programa de residência médica em endoscopia.
- c) Conhecer, na perspectiva de supervisores de programas quais seriam as competências necessárias para a formação do médico endoscopista.
- d) Elaborar uma proposta de currículo orientado por competências para um programa de residência médica em endoscopia.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 A residência médica e a formação do endoscopista**

A residência surgiu nos Estados Unidos no século XIX com Willian Halsted e Willian Osler, como uma revolução no ensino das ciências médicas, utilizando-se como inspiração as escolas médicas europeias. Tratava-se de um processo cuja proposta principal era aproximar a teoria da prática e a academia do paciente. Além de um aumento no tempo de preparação dos aprendizes, parte deles residia no hospital no último ano de curso, dando nome a esta forma de treinamento prático como é conhecida até hoje (LIMA, 2008).

Apesar de inicialmente restrito a poucas instituições, logo o modelo de residência médica se fez perceber como de grande valia no aperfeiçoamento de médicos residentes e difundiu-se pelo território americano. Passou a ter modelo de credenciamento pela Associação Médica Americana em 1927 e tornou-se obrigatório a partir de 1933 (BOTTI, 2009)

No Brasil a residência médica surge em 1944 no Hospital das Clínicas da USP com o nome de internato e em 1948 no Hospital dos Servidores do estado do Rio de Janeiro, já com o nome de residência médica (BOTTI, 2009; NUNES, 2014). Inspirado no modelo americano, este último hospital iniciou sua residência com oito residentes das áreas básicas. Inicialmente estes programas não tinham um perfil definido, nem de carga horaria ou de programa pedagógico e só eram procurados por menos de dez por cento dos médicos formandos (LIMA, 2008).

Nos anos 60 e 70, a medicina no Brasil passa por uma transformação na parte assistencial, com uma política de expansão induzida pelo Estado, o que gerou maior demanda da mão de obra médica e maior valorização do médico especialista. Paralelo a isso nota-se nesta época um grande desenvolvimento técnico-científico e uma ampliação na gama de conhecimento médico, levando a um modelo de atenção baseada na tecnologia e na especialização. Tudo isso instigou uma expansão dos cursos de graduação e da residência médica (BOTTI, 2009; LIMA, 2008)

No início da década de 70 fica evidente, através das falas de estudiosos e reivindicações feitas por associações de residentes no Congresso Brasileiro de Educação Médica, a demanda por uma maior atenção e regulamentação da residência médica. Entre os questionamentos pode-se destacar o distanciamento entre a formação e a organização da prática médica, a falta de qualidade e

condições de treinamento na residência médica, o baixo ganho do médico residente e a falta de diretrizes regulamentadoras. Naquele momento a residência médica já era procurada por grande parte dos egressos das escolas médicas (LIMA, 2008).

Desta feita, o MEC inicia o processo de institucionalização da residência médica, inicialmente pela Comissão de Ensino Médico que, com o parecer 576/70 encaminhado ao Conselho Federal de Educação (CFE), procurou regulamentar os cursos de pós-graduação em medicina (LIMA, 2008).

Após a avaliação do CFE, a proposta foi enviada à Presidência da República e culminou na publicação do decreto 80.281 de 05/09/1977 que instituiu a residência médica como modalidade de treinamento em serviço e criou a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM (BOTTI, 2009; BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA., 1977; LIMA, 2008; NUNES, 2014). Segundo o decreto:

A Residência em Medicina constitui modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA., 1977)

Inicialmente, a residência era prioridade das áreas básicas (clínica médica, cirurgia geral, pediatria, obstetrícia e ginecologia e medicina preventiva e social), com duração mínima de 1 ano e 1800 horas de treinamento essencialmente prático, sendo quatro horas semanais dedicada a atividades teóricas (LIMA, 2008).

Ainda sob a pressão dos médicos residentes, surge em 7 de julho de 1981 a lei Nº6932. Esta lei prevê uma carga horária semanal de 60 horas, das quais 10 a 20% devem ser reservadas para atividades teóricas. Estipula a necessidade de um processo seletivo e a vinculação da residência médica com o título de especialista. Define ainda o caráter ambivalente entre ensino e serviço que permeia a residência médica até hoje, em termos de valor de remuneração e direitos previdenciários, como obrigatoriedade de alojamento e alimentação, licença maternidade, a caracterização do residente como contribuinte autônomo da previdência e direito a folga semanal e mensal, por exemplo (BOTTI, 2009; BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS, 1981; LIMA, 2008; RIBEIRO, 2011)

Várias resoluções surgiram a partir de então com o intuito de aprimorar e qualificar os programas. Em 1983 surge um documento direcionado à definição de

requisitos mínimos para os programas de residência médica, elaborado com o auxílio das sociedades de especialidades, e que tem como marca sua heterogeneidade, com alguns programas extremamente detalhados e outros muito simplificados. Podemos observar como característica geral a preocupação com tempo de duração do programa, conteúdos mínimos, atividades desenvolvidas, avaliação periódica, a infraestrutura necessária para cada programa e a divisão de cenários, sem referências às competências ou à formação final do residente. Este documento foi revisto e ampliado pela Resolução CNRM Nº 2, de 17 de maio de 2006, que ainda se encontra vigente (BOTTI, 2009; BRASIL. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, 1983, 2006a; RIBEIRO, 2011).

Em 2007, com a intenção de se estudar o perfil da residência médica no Brasil, o que viria a ser corroborado pela publicação do decreto presidencial de 20 de junho de 2007, foi realizado estudo por algumas das principais universidades do país, que, entre suas conclusões, observou a necessidade de se implementar diretrizes curriculares para a residência médica, incluindo aí preocupações como uma avaliação coerente e formação pedagógica docente, o que não se traduziu em ações práticas até o momento; assim como ainda não vemos o resultado das ações da CNRM iniciadas em 2010 visando a construção de Diretrizes Nacionais para a Residência Médica (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS, 2007; RIBEIRO, 2011).

Em 2007, em uma iniciativa pioneira, a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica lançou um Programa de Residência Médica em Cancerologia Clínica Orientado por Competência formatado a partir de oficinas com representantes da área, no intuito de aprimorar a formação do oncologista, que a partir de então passou de dois para três anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA, 2007).

Desde então, observamos poucas tentativas de criação de cursos de residência médica orientados pelas competências esperadas para o egresso, em especial as direcionadas aos programas de pediatria, para sua expansão de carga horária, e de medicina de família e comunidade (BRASIL. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, 2016; BRASIL. SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, 2015), mesmo sendo esse um desejo explicitado pelas entidades médicas conforme o Relatório Final do XII Encontro Nacional de Entidades Médicas, ocorrido em Brasília em 2010 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

Recentemente nota-se a intenção da Comissão Nacional de Residência Médica de caminhar para a revisão dos programas existentes, principalmente na direção do estabelecimento das competências mínimas. Um exemplo disso são as orientações para o Programa de Cirurgia Geral publicadas recentemente (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE. COORDENAÇÃO GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE, 2018).

Mais do que um período de aperfeiçoamento, a residência médica vem sendo pensada cada vez mais como um espaço onde:

tanto residente como preceptor devem, no relacionamento diário com os pacientes, preocupar-se com a formação técnica e ética para atingirem a qualidade profissional em plenitude (BOTTI, 2009).

Partindo do pressuposto que a residência requer treinamento em serviço, o ensino da endoscopia apresenta características e dificuldades peculiares ao método. Apesar de haver relatos de exames através de orifícios naturais desde o Egito e a Roma antiga, somente no ano de 1868, com Kussmaul, foi possível realizar a visualização da câmara gástrica através de um endoscópio rígido. Mesmo com o desenvolvimento dos fibroscópios nas décadas de 1950-60, mais flexíveis e de maior conforto para o paciente, ainda restava a dificuldade de se ensinar a endoscopia com um material de visão individual, cuja leve modificação de posição alterava a imagem a ser demonstrada (ACHORD; MUTHUSAMY, 2019).

Ao fim da década de 60, câmeras foram adaptadas aos fibroscópios, facilitando o compartilhamento de imagens em tempo real, mas somente em 1984, com o desenvolvimento dos videoendoscópios, o ensino da endoscopia deu um salto, com a possibilidade de gravação ou impressão das imagens e transmissão à distância (ACHORD; MUTHUSAMY, 2019).

No Brasil, os procedimentos endoscópicos começaram a surgir na década de 60. Neste momento, a formação em endoscopia ocorria fundamentalmente dentro dos serviços de gastroenterologia. Mesmo com o advento da residência médica a endoscopia continuou como parte do treinamento em gastroenterologia e outras especialidades médicas (BRASIL. COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES, 2002; BRASIL. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, 1983).

Em 1975 é fundada a Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED). Desde então, a entidade tornou-se a grande responsável pelo

desenvolvimento do ensino, pesquisa e prática da endoscopia no país. (MORAIS, 2014).

A partir de 2002, a titulação em endoscopia, como de qualquer especialidade, começou a seguir o determinado pela Comissão Mista de Especialidades, formada pelo Conselho Federal de Medicina, pela Associação Médica Brasileira e pela Comissão Nacional de Residência Médica surgida a partir da Resolução CFM Nº1.634/2002 para:

estabelecer critérios para o reconhecimento, a denominação, o modo de concessão e registro de título de especialista e certificado de área de atuação médica (BRASIL. COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES, 2002)

Nesta resolução inicial, a Endoscopia Digestiva surgia como área de atuação da Cirurgia do Aparelho Digestivo e da Gastroenterologia. Somente na Resolução CNRM nº 4/2003 a endoscopia surge pela primeira vez como especialidade médica, tendo como pré-requisito a residência em clínica médica (BRASIL. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, 2003). Desde 2006 a residência médica em cirurgia geral passou a ser admitida como pré-requisito para a residência em endoscopia (BRASIL. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, 2006b)

A partir da Resolução CFM Nº 1785/2006, há uma cisão no que se entende por Endoscopia Digestiva e Endoscopia (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006), o que vem sendo mantido até a atual Resolução CFM Nº 2162 de 2017 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

Atualmente no Brasil, o médico pode se aprimorar e obter título de especialista em áreas específicas, após concluir sua graduação, de duas maneiras. A Residência Médica é modelo de pós-graduação *lato sensu* com foco no treinamento em serviço em serviços credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica. Este tipo de formação confere, ao fim do período preconizado, o título de especialista ao médico residente (BRASIL. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, 2005; BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO., [s.d.]).

De outra forma, o médico pode realizar prova para obtenção do título de especialista através das Sociedades de especialidade, em convênio com a Associação Médica Brasileira. Esta prova pode ser realizada por médicos que tenham se formado em cursos de pós-graduação em modelos diversos ao da Residência Médica ou que comprovem atuação na área específica por tempo determinado.

O médico que tem interesse em se formar em Endoscopia, precisa já ter título de especialista em Clínica Médica ou Cirurgia Geral, para depois fazer sua formação em Endoscopia (BRASIL. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, 2006b). O Brasil conta hoje com dezessete instituições credenciadas pelo MEC, através da Comissão Nacional de Residência Médica, para realização de residência em Endoscopia, sendo três delas no estado do Rio de Janeiro, todas na capital, e oito no estado de São Paulo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA, [s.d.]).

Já a formação em Endoscopia Digestiva, reconhecida como área de atuação, tem caminho mais longo. O médico já deve ter título de especialista em Gastroenterologia, Coloproctologia ou Cirurgia do Aparelho Digestivo, para realizar sua formação em Endoscopia Digestiva (BRASIL. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, 2006a).

Há ainda a possibilidade de realização da formação em endoscopia digestiva em um Centro de Ensino e Treinamento credenciado pela SOBED. Neste caso, tendo cumprido todos os requisitos existentes no regulamento destes centros, o médico fica abonado da realização da prova de título (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA, 2014).

Caso deseje, o médico com certificação pela CNRM também pode realizar a prova de título da sociedade. Outros médicos com experiência de longa data em endoscopia digestiva, mesmo sem terem passado por uma instrução formal na especialidade, também podem realizar a prova de título (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA, 2011).

Apesar de não haver legislação nacional que impeça o médico não especialista de realizar qualquer tipo de procedimento, a *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* (ASGE), por exemplo, opina que a realização de cursos de curta duração não garantem competência ao médico endoscopista. Segundo a associação americana, tais cursos nem treinam os médicos adequadamente para a realização de procedimentos endoscópicos complexos, nem promovem conhecimento cognitivo com relação ao diagnóstico e tratamento das doenças do trato gastrointestinal (FAIGEL et al., [s.d.]).



### 3.2 Currículo Baseado em Competências na Residência Médica

A noção de competência surge na Europa na década de 1980, por conta da crise do modelo taylorista/fordista.

Santos (2011) define competência como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para a boa execução de determinada tarefa. Segundo Ribeiro (2005), competência é:

a capacidade de os indivíduos mobilizarem suas potencialidades de forma integral, em contextos diversos; supõe o desenvolvimento de um conjunto de atributos que os habilitem a reconverter sua qualificação em outra, dependendo da demanda de novas funções, a conviver em grupo, sensível às diferenças, e a avaliar novas situações enfrentando-as com criatividade”(RIBEIRO, 2005)

Na perspectiva pedagógica, a competência envolve a utilização de saberes, saberes-fazer e saberes-ser para a resolução de problemas e situações pertinentes da área profissional (KETELE, 2006). Segundo a UNESCO, a competência é entendida como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes adequadas a determinado contexto. Engloba elementos cognitivos, funcionais e interpessoais (UNESCO - INTERNATIONAL BUREAU OF EDUCATION, 2013).

Transportando o conceito de competência para a área das ciências da saúde, podemos observar a necessidade de que o desenvolvimento de uma competência tenha como objetivo fundamental e final o benefício do indivíduo ou comunidade atendida pelo profissional. Envolve além de uma capacidade cognitiva, uma função integradora entre o raciocínio teórico, a atuação profissional e a relação interpessoal. Tem relação com hábitos pessoais de raciocínio, observação e lógica, além do contexto histórico e local. Envolve, além do conhecimento explícito, facilmente reconhecível e mensurável, o conhecimento informal, de difícil avaliação, e o conhecimento pessoal, adquirido ao longo da formação e que envolve o desenvolvimento do raciocínio clínico (EPSTEIN; HUNDERT, 2002).

Considerar estes aspectos na formação médica implica em uma forma diferente de organizar o currículo. Este tem como uma de suas acepções a intenção de informar a quem ensina e a quem aprende o que precisa ser ensinado e aprendido, quando e de que maneira isso deve ser feito e como avaliar se este objetivo foi alcançado (ARAÚJO, 2007). A organização de materiais e estratégias favorece que o aprendiz tenha oportunidade de se desenvolver. Esta é intimamente interligada com a significação lógica do conteúdo a ser aprendido, o que pode ser

melhor explicitado e pactuado quando são definidas as competências a serem alcançadas (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015; PELIZZARI et al., 2002).

Com o intuito de esclarecer os diferentes conceitos acerca de educação médica baseada em competências, o Royal College of Physicians and Surgeons of Canada organizou em 2010 uma conferência procurando transformar os aspectos teóricos até então produzidos em ações práticas.

Dentro desta conferência, os estudiosos procuraram diferenciar capacidade (*competence*) de competências (*competency*). Segundo os mesmos, dizer que alguém é capaz envolve o desenvolvimento de habilidades em vários domínios ou aspectos do desempenho do médico em um determinado contexto. A capacidade é multidimensional e dinâmica. Ela muda com o tempo, a experiência e o contexto.

Ainda segundo estes autores, tornar alguém capaz é propiciar a esta pessoa a possibilidade de adquirir competências, sendo estas entendidas como capacidades observáveis de um profissional de saúde, integrando múltiplos componentes, como conhecimentos, habilidades, valores e atitudes. Como as competências são observáveis, elas podem ser medidas e avaliadas para garantir sua aquisição e podem ser montadas como blocos de construção para facilitar o desenvolvimento progressivo (FRANK et al., 2010).

O chamado “currículo tradicional” baseia-se na transmissão de conhecimentos, com objetivo de acúmulo de informações e repetição de conteúdos, caracterizando-se por pouca transferência e internalização de conhecimentos, que acabam por perder-se com o tempo, especialmente quando não há relação com a prática do aprendiz (KETELE, 2006).

Ao contrário do currículo dito tradicional, o currículo baseado em competências tem o resultado final como objetivo; prioriza o desenvolvimento de competências e não a transmissão de conhecimentos, apesar de não menosprezar a aquisição gradual dos fundamentos teóricos. Valoriza o indivíduo, a forma e o tempo necessário para que ele atinja o objetivo de aprendizagem. Não existe uma preocupação com uma classificação final ou com a nota obtida e sim se houve realmente evolução no treinamento, pois é baseado no perfil do sujeito formado e para tanto, tem que ser pactuado por todos os atores da prática desde seu início. Favorece uma maior proximidade entre aprendiz e professor, além da preocupação de se trazer o aprendizado o mais próximo possível da realidade profissional que espera o aprendiz quando do término de sua formação. Este torna-se competente

quando começa a pensar, ter a sensibilidade e agir como um profissional. Para tanto, a formação deve ocorrer em um ambiente profissional de trabalho (ARAÚJO, 2007; HOLMBOE; EDGAR; HAMSTRA, 2016; SANTOS, 2011; TEN CATE et al., 2015)

Araújo (2007) relaciona 12 pressupostos pedagógicos que embasam a utilização do currículo baseado em competências:

- objetivos educacionais estabelecidos com base nas competências;
- competências relacionadas com o processo de trabalho;
- utilização de definição ampla de competências;
- desenho curricular modular;
- ensino centrado na relação dialógica professor-aprendiz;
- criação de espaços multirreferenciais de aprendizagem;
- formação orientada para problemas mais relevantes da prática;
- processo de avaliação amplo e abrangente;
- pesquisa integrada ao ensino;
- conhecimento estruturado de acordo com pensamento interdisciplinar;
- reconhecimento dos saberes dos aprendizes;
- tarefas relacionadas com solução de problemas

Sua formulação inicia-se com a identificação das competências necessárias, a determinação dos conhecimentos, habilidades e atitudes que compõem esta competência e a maneira como será realizada a avaliação desta competência e a avaliação geral. Estabelece-se uma matriz de competências modular que deixa explícito qual o nível de desenvolvimento o aprendiz deve atingir em cada etapa do curso em questão e esta matriz fica disponível para o aprendiz durante todo o curso. (HOLMBOE; EDGAR; HAMSTRA, 2016). A matriz pode ser ordenada de modo a contemplar as competências necessárias a cada módulo ou estágio, ou de maneira a apresentar a evolução da competência ao longo do período de formação.

A aprendizagem ocorre a partir de pressupostos pessoais, amalgamados com o aprendizado adquirido de maneira prospectiva, permitindo que o aprendiz reconstrua suas relações com o mundo (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015). Portanto, é de fundamental importância que as competências estejam claramente articuladas e estejam dispostas de maneira progressiva. Que as experiências de aprendizagem facilitem e as práticas de ensino promovam o desenvolvimento destas

competências, documentadas e apoiadas pelas práticas avaliativas (HOLMBOE; EDGAR; HAMSTRA, 2016).

A competência levada para a formação profissional na área da saúde se traduz no uso dos melhores conceitos, valores, atitudes e habilidades para atingir o tratamento, a promoção e prevenção da saúde do indivíduo ou da sociedade sob seus cuidados. Não apenas dentro de aspectos éticos e técnicos, mas também em relação àqueles que interligam o sujeito e a sociedade histórica na qual ele convive (SANTOS, 2011). O aprendiz deve ser visto não apenas como um resultado de um processo educacional, mas também como parte crítica do sistema de saúde (HOLMBOE; EDGAR; HAMSTRA, 2016).

Na literatura, vemos a especificação das dimensões que formam a competência médica, como sendo de características cognitiva, técnica, relacional, afetiva, integrativa e contextual. A dimensão cognitiva inclui a aquisição constante e o uso do conhecimento científico no atendimento ao paciente. A técnica consiste no atendimento do paciente. A relacional envolve o relacionamento e a comunicação com colegas profissionais, pacientes e familiares. Os valores morais e éticos compõem a dimensão afetiva enquanto o uso do raciocínio clínico em conjunto com elementos humanísticos, sociais e das ciências da saúde forma a dimensão integrativa. Por fim, a dimensão contextual refere-se ao melhor uso dos recursos disponíveis no local de trabalho (EPSTEIN; HUNDERT, 2002; SANTOS, 2011).

Cada uma das competências deve abranger conhecimentos, habilidades e atitudes que façam parte da vida profissional do médico, em sua melhor atenção ao paciente e à comunidade, não esquecendo o contexto histórico, social e cultural do local de atuação (CHIESA et al., 2007; SANTOS, 2011).

A utilização do currículo baseado em competências na residência médica permite que se defina o que se espera do residente ao longo de sua formação; serve de guia para avaliações mais significativas; identifica as falhas do residente, possibilitando uma abordagem individual que o leve para o nível seguinte; possibilita que o residente, conhecedor do que se espera de seu desenvolvimento, direcione os estudos e estágios de acordo com o que será levado em conta na sua avaliação. É importante para auxiliar na definição de qual competência deve ser abordada em um estágio ou experiência curricular específicos (HOLMBOE; EDGAR; HAMSTRA, 2016).

A UNESCO define o currículo baseado em competências como um currículo que enfatiza os resultados complexos de um processo de aprendizagem (ou seja, conhecimento, habilidades e atitudes a serem aplicadas pelos aprendizes), afastando o foco daquilo que deve ser aprendido em termos de conteúdos de assuntos tradicionalmente definidos. Dentro deste princípio, tal currículo é centrado no aprendiz e adaptável às necessidades em mudança dos estudantes, professores e sociedade. Isso implica que atividades de aprendizagem e ambientes são escolhidos para que os aprendizes possam adquirir e aplicar os conhecimentos, habilidades e atitudes para situações que eles encontrem na vida cotidiana (UNESCO - INTERNATIONAL BUREAU OF EDUCATION, 2013).

Para boa parte dos autores, o residente deve ser considerado como uma das partes mais interessadas na aplicação do currículo baseado em competências. Portanto, este currículo deve ser apresentado e discutido com o residente no início de seu curso. Os residentes devem ser agentes participantes na construção do currículo.

Atualmente no Brasil, não há clareza quanto à definição das competências necessárias para a formação completa do médico endoscopista. Neste sentido o presente trabalho pretende oferecer algumas contribuições.

## 4 . PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 Fundamentação Metodológica

Esta pesquisa se caracteriza como transversal, exploratória e com abordagem qualitativa.

O caráter transversal explica-se, pois investiga o momento presente, sem recuperação de aspectos progressos ou futuros (FONTELLES et al., 2009).

A pesquisa exploratória busca um maior aprofundamento acerca de um tema, de modo a trazer maior conhecimento e familiaridade, para o aprimoramento de ideias, definição que vem ao encontro deste trabalho. O mesmo chega a citar como fases do trabalho a análise bibliográfica e a entrevista com especialistas. (GIL, 2002).

Para compreender a realidade pesquisada, a abordagem qualitativa de pesquisa é a mais apropriada. (GIL, 2002; SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013):

No universo das pesquisas qualitativas, a escolha de método e técnicas para a análise de dados, deve obrigatoriamente proporcionar um olhar multifacetado sobre a totalidade dos dados recolhidos no período de coleta.(CAMPOS, 2004)

### 4.2 Etapas Da Pesquisa

#### 4.2.1 Análise Documental

Possibilita identificar, em documentos primários, informações para responder as questões de pesquisa.

Para atender ao objetivo específico “analisar os documentos norteadores para a formação e atuação do médico endoscopista” foi realizada a análise dos seguintes documentos:

- Resolução CNRM N°2 de 2006 – Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica – disponível no site [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13079](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=/index.php?option=com_content&view=article&id=13079) acessado em 20/05/2016
- Regulamento dos Centros de Ensino e Treinamento da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva – 2011 – disponível no site <http://sobed.pre-ec0643dde3.undercloud.net/wp-content/uploads/2013/10/Regulamento-CET.pdf> acessado em 21/05/2016

- Regulamento do Título de Especialista em Endoscopia da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva - 2014 – disponível no site <http://sobed.pre-ec0643dde3.undercloud.net/wp-content/uploads/2013/10/Titulo-de-Especialista-Regulamento.pdf> acessado em 21/05/2016

#### **4.2.1.1 Análise dos dados.**

Utilizamos o método de análise de conteúdo, que permite a reinterpretação e uma compreensão além da simples leitura, procurando respeitar e explicitar o contexto do surgimento de cada documento (CAMPOS, 2004; MAY, 2004; MORAES, 1999, BARDIN, 2016).

Cada texto foi lido e relido buscando-se isolar as unidades de análise que foram selecionadas de forma a atingir aos objetivos da pesquisa. Estas constituem as partes do documento que podem ser reescritas e compreendidas fora do texto original, baseadas no conteúdo manifesto, que representem um conjunto de informações com significado próprio, e que podem ser submetidas posteriormente a uma classificação (BARDIN, 2016; CAMPOS, 2004; MORAES, 1999).

Realizamos uma análise inicial por meio de leitura flutuante dos textos selecionados permitindo um melhor contato inicial e a descoberta dos meandros e características de cada documento.

A partir de uma análise aprofundada de cada texto documental, foram isoladas unidades de contexto, sendo estas definidas por Bardin como as unidades ideais para que se entenda o significado da unidade de registro (BARDIN, 2016).

Para a autora, considera-se unidade de registro como a unidade de base identificada dentro da unidade de contexto, a partir da qual realiza-se a categorização.

As unidades de registro foram agrupadas em razão das características comuns destes elementos a partir de critérios semânticos, sintáticos, léxicos e expressivos. Ainda dentro do recomendado pela autora, buscamos categorizar as unidades mantendo a exclusão mútua, a homogeneidade, a pertinência, a objetividade e fidelidade e a produtividade.

#### **4.2.2 Entrevista com os Supervisores**

Para atingir os objetivos específicos “entender, na perspectiva de supervisores de programas, quais seriam as características de um bom programa de

residência médica em endoscopia.” e “conhecer, na perspectiva de supervisores de programas quais seriam as competências necessárias para a formação do médico endoscopista” foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com supervisores de programas de residência médica em endoscopia.

Optou-se por este modelo, pois possibilita direcionar a entrevista a partir dos núcleos direcionadores previamente definidos, porém adaptando a condução de acordo com a experiência individual de cada entrevistado. Desta maneira, permitimos o surgimento de novos textos e contextos de acordo com as respostas. (ALVES; SILVA, 1992; MANZINI, 2004; YIN, 2016).

#### 4.2.2.1 Contexto da produção de dados

Esta fase da pesquisa foi realizada nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, grandes centros formadores situados na Região Sudeste. Foram realizadas entrevistas com cinco supervisores de programas, cujas características encontram-se no quadro 2. Para respeitar o princípio de confidencialidade da ética em pesquisa, o nome dos programas foi substituído por um número de identificação.

Quadro 1 Perfil dos Programas de Residência Médica em Endoscopia, em que estão inseridos os participantes da pesquisa.

Programa	Início de Funcionamento	Localização	Número de Vagas / Ano	Categoria Administrativa
1	07/10/2004	São Paulo	4	Hospital Filantrópico
2	09/05/2013	São Paulo	8	Hospital Universitário
3	12/12/2013	Rio de Janeiro	2	Hospital Assistencial
4	12/12/2013	Rio de Janeiro	2	Hospital Assistencial
5	01/01/2008	Rio de Janeiro	1	Hospital Universitário

Fonte: site [siscnrm.mec.gov.br](http://siscnrm.mec.gov.br) em 03 de abril de 2018

O primeiro contato com os participantes da pesquisa, foi realizado por meio eletrônico, através de e-mail ou aplicativo de mensagens eletrônicas, no qual o pesquisador se apresentou e explicou os objetivos da pesquisa, esclareceu a importância da participação e o motivo do envio do convite. Em seguida ao contato



foram agendadas entrevistas presenciais, as quais ocorreram entre outubro de 2017 e janeiro de 2018.

Seis supervisores foram inicialmente contatados, a partir dos dados disponíveis na página <http://www.sobed.org.br/Educacao/ResidenciaMedica> por meio de consulta realizada, até o dia 28 de março de 2016. Três supervisores do estado do Rio de Janeiro, representando todos os programas então credenciados, e três supervisores do estado de São Paulo, como amostragem dos cinco existentes na capital.

Destes, 5 aceitaram o convite. Devido a problemas pessoais de saúde, um dos Supervisores contatado não pode participar da entrevista.

No primeiro momento da entrevista os entrevistados eram informados acerca da pesquisa em questão, apresentados ao TCLE e convidados a ler e assinar o mesmo. O formato final do TCLE é apresentado no Apêndice II.

As entrevistas foram conduzidas a partir do seguinte roteiro:

- Parte 1: Caracterização do respondente: nome, formação acadêmica, tempo de docência na residência, tempo de atuação como endoscopista.
- Parte 2: Questões norteadoras:
  - Como você acha que deve ser a formação de um médico endoscopista? E na residência médica?
  - Na sua opinião, quais são os principais desafios na formação do endoscopista na residência médica?
  - Que diretrizes ou aspectos deveriam, na sua opinião, ser considerados para a elaboração de um Programa de Residência na área da endoscopia digestiva?
  - Que competências deveriam ser consideradas?
  - Que sugestões você daria para a elaboração de um programa de residência médica em endoscopia digestiva no hospital que trabalho?

Cada entrevista foi gravada e transcrita literalmente para que se pudesse submeter o material à análise de conteúdo.

#### **4.2.2.2 Análise das Entrevistas**

Todas as entrevistas foram realizadas presencialmente pelo pesquisador, havendo posterior transcrição literal das mesmas com revisão da transcrição, ambas também realizadas pelo mestrando. Uma vez transcritas, as entrevistas foram codificadas, para transformar cada dado do texto em uma representação do

conteúdo ou da sua expressão (BARDIN, 2016). Realizamos a separação dos textos em unidades de contexto e registro por meio de tabelas simples realizadas inicialmente no Excel e posteriormente transportadas para o Word, de acordo com o modelo abaixo.

Quadro 2 Modelo de codificação das entrevistas

ENTREVISTADO	UNIDADES DE CONTEXTO		UNIDADES DE REGISTRO	
E1	UC 8	<p><i>Olha, eu acho que é assim. O cara não tem que só aprender endoscopia. Ele tem que, ele tem que aprender...Eu sei lá, é...Eu sou um cara que, assim, eu acho que o cara tem que tirar a história, tem que saber tirar a história o paciente, ele tem que ter conhecimento de epidemiologia. Quer dizer, ele não pode vir...E exatamente por causa disso ele passar por um período de dois anos de residência prévia à residência de endoscopia...Ele tem que ter aprendido isto, coisa que a gente não tem visto. Os caras chegam e os caras querem fazer endoscopia. Assim, pá, pá...</i></p>	UR 125	o cara tem que tirar a história, tem que saber tirar a história do paciente
			UR 126	ele tem que ter conhecimento de epidemiologia
	UC 10	<p><i>Ser fazedor de exame. É o passador de tubo,</i></p>	UR 127	ele deve te passar a história do paciente

	<p><i>como eu chamo. Quer dizer, eu acho que o residente de endoscopia, ele deve te passar a história do paciente, quer dizer, não é uma história completa, mas ele deve te passar a história do paciente.</i></p>	UR 128	ele deve te passar a história do paciente
--	--	-----------	---

Fonte: Elaboração própria

A partir da codificação das entrevistas transcritas, foi utilizado o método da análise de conteúdo a partir de dois grandes núcleos orientadores: as características esperadas para um bom programa de residência em endoscopia e as competências esperadas para o médico residente ao fim de sua formação. Destes núcleos foram identificadas unidades de contexto com suas respectivas unidades de registro de onde emergiram as categorias e subcategorias descritas no capítulo de resultados.

Para a categorização, houve leituras periódicas das transcrições, com esmero crescente à procura de significados cada vez mais claros, sendo realizada não apenas pelo mestrando, mas também pela orientadora e pelo coorientador do trabalho. Também neste ponto, as unidades de registro que geraram cada categoria foram distribuídas em tabela simples do Excel, posteriormente transcrita para o Word, de acordo com o exemplo abaixo.

Quadro 3 Modelo de Categorização das Entrevistas

UNIDADE DE REGISTRO	Nº UC	CATEGORIAS	Nº UR	NÚCLEO
UR 165 – avaliação prévia do doente para endoscopia	3	Saber fazer avaliação prévia do paciente	34	Habilidades necessárias ao residente
UR 125 – o cara tem que tirar a história, tem que saber tirar a história do paciente				

UR 127 – ele deve te passar a história do paciente			
UR 128 – ele deve te passar a história do paciente			
UR 132 – eu falo pra eles: “Olha, você precisa fazer um pouco mais rápido isso			
UR 133 – ele tem que ter um jeito de fazer o exame endoscópico que ele, quando estiver terminando, ele não vai mais estar estimulando		Fazer os procedimentos endoscópicos de maneira eficaz	

Fonte: Elaboração própria

### 4.3 Procedimentos éticos e legais

A pesquisa obedeceu aos princípios éticos das boas práticas de pesquisa em seres humanos, conforme a regulamentação nacional (Resolução 466/2012), tendo sido encaminhada para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de São Paulo, aprovada sob o parecer de número 2.289.622 no dia 21 de setembro de 2017. Todas as etapas da pesquisa se iniciaram após a aprovação desse comitê.

Os documentos analisados eram de livre acesso. Os entrevistados foram informados acerca dos objetivos da pesquisa e manifestaram sua concordância por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

apresentado no Apêndice II. A identidade dos participantes foi preservada durante a apresentação dos dados.

## 5. RESULTADOS

Com o intuito de responder às questões norteadoras e, conseqüentemente, atingir os objetivos propostos para o trabalho, os resultados foram distribuídos em três subcapítulos: 1) Formação do médico endoscopista: Documentos norteadores; 2) A formação do residente em endoscopia sob o olhar dos Supervisores 3) Proposta preliminar de um Programa.

No primeiro subcapítulo são apresentados os resultados obtidos a partir da análise dos documentos que norteiam a formação do médico endoscopista no Brasil. Procurou-se obter nestes documentos as informações necessárias acerca do aspecto legal, de organização do currículo e competências necessárias ao médico residente.

No segundo subcapítulo buscou-se caracterizar um bom programa de residência médica em endoscopia sob o olhar dos supervisores. Serão discutidos dois aspectos: as características de um bom programa de Residência Médica em Endoscopia e as competências necessárias para a formação do médico endoscopista

Baseado nessa pesquisa foi elaborada a proposta de um currículo baseado em competências para um Programa de RM em Endoscopia, ainda de forma preliminar, que será apresentado no terceiro subcapítulo.

### 5.1 Formação do Médico Endoscopista: Documentos Norteadores

Analisando os documentos que regem a formação do médico endoscopista atualmente no Brasil, notamos inicialmente que um deles foi publicado pela Comissão Nacional de Residência Médica e orienta a sistematização de todos os programas de residência, com algumas orientações gerais e outras específicas para cada programa.

Os outros dois são documentos da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED) e estão relacionados especificamente com a formação do médico endoscopista.

O primeiro documento analisado foi a **Resolução nº 2 de 2006 da Comissão Nacional de Residência Médica** criada em um período considerado como de consolidação da Residência Médica, iniciado no fim da década de 1970.

Analisando este documento, pudemos identificar 29 unidades de contexto, com 47 unidades de registro. Destas, 19 são orientações gerais a todos os programas de residência médica e 28 são específicos da endoscopia. Destas unidades de registro, emergiram 10 categorias que possibilitam identificar dimensões fundamentais de um Programa de Residência Médica em Endoscopia:

1. Programa com necessidade de pré-requisito
2. Duração prevista de 24 meses para o programa
3. Disposição da carga horária que contemple um canal teórico e um treinamento em serviço
4. Planejamento do canal teórico
5. Treinamento em serviço.
6. Avaliação adequada do residente
7. Preceptoría qualificada e em número adequado
8. Desenvolvimento de Competências específicas para o residente em endoscopia
9. Infraestrutura adequada
10. Possibilidade de convênio com outra instituição

A Residência Médica em endoscopia deve ocorrer como um **programa com necessidade de pré-requisito**. Neste documento a formação específica em endoscopia deve ocorrer após um treinamento em serviço de 2 anos em Clínica Médica. Importante ressaltar que a Portaria SESU No - 825, de 30 de outubro de 2006 incluiu a possibilidade de pré-requisito para a formação específica também a residência em Cirurgia Geral de 2 anos (BRASIL. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, 2006b).

Uma **duração prevista de 24 meses para o programa** é preconizada. Vale ressaltar o artigo 8º do documento, que acrescenta que:

É permitido o oferecimento de ano opcional ou adicional para aprimoramento do conhecimento e das habilidades técnicas do Médico Residente na própria especialidade ou em suas áreas de atuação, com prévia aprovação da CNRM.

Uma **disposição de carga horária que contemple um canal teórico e um treinamento em serviço** é preconizada:

*UR 5 - Os programas de Residência Médica serão desenvolvidos com 80 a 90% da carga horária, sob a forma de*

*treinamento em serviço, destinando-se 10 a 20% para atividades teórico- complementares.*

Quanto ao **planejamento do canal teórico**, o documento enfatiza a *diversidade de ferramentas de ensino*, com alguns temas de ensino obrigatório a todos os programas de residência médica:

*UR7 - atividades teórico-complementares: sessões anátomo-clínicas, discussão de artigos científicos, sessões clínico-radiológicas, sessões clínico-laboratoriais, cursos, palestras e seminários.*

*UR8 - atividades teórico-complementares devem constar, obrigatoriamente, temas relacionados a Bioética, Ética Médica, Metodologia Científica, Epidemiologia e Bioestatística.*

O treinamento em serviço, fundamento da residência médica deve ocorrer essencialmente na realização dos procedimentos endoscópicos, sempre sob supervisão:

*UR20 - treinamento em técnicas endoscópicas fundamentais de diagnóstico: exame direto; obtenção de biópsia e de matéria de citologia.*

*UR21 - Técnicas endoscópicas auxiliares de diagnóstico: cromoscopia, ultra-sonografia, espectrometria e outros métodos.*

*UR22 - Técnicas endoscópicas terapêuticas: hemostasia por esclerose; ligadura e métodos térmicos; polipectomia; ressecção endoscópica de lesões planas; ablação por plasma de argônio ou laser; tunelização de obstruções; dilatação de estenoses; papilotomia; retirada de cálculos; colocação de drenos; próteses e outros métodos.*



*UR41 - sempre supervisionados diretamente por preceptor ou professor.*

É preconizado ainda o treinamento dos residentes em situações de urgência e emergência, seja atuando como médico formado em clínica médica ou cirurgia geral, seja como endoscopista, e no processo de avaliação do paciente antes e depois dos procedimentos:

*UR11 - O treinamento (...) de urgências e emergências deve ser realizado em locais abertos à população, (...) nas especialidades que são pré-requisito ou nas especialidades correspondentes.*

*UR38 - Avaliação de pacientes em sistema de interconsulta.*

*UR39 - avaliação ambulatorial ou de emergência.*

*UR40 - discussão na indicação e realização de procedimentos endoscópicos.*

Segundo este documento, deve-se buscar uma **avaliação adequada do residente**, com *ferramentas de avaliação diversificadas, com periodicidade definida*. Pode ser exigida a apresentação de um *trabalho ao final do curso*

*UR12 - avaliação periódica (...) prova escrita, oral, prática ou de desempenho por escala de atitudes, que incluam atributos tais como: comportamento ético, relacionamento com a equipe de saúde e com o paciente, interesse pelas atividades e outros a critério da COREME da Instituição.*

*UR13 - A frequência mínima das avaliações (...) trimestral.*

*UR14 - poderá ser exigida monografia e/ou apresentação ou publicação de artigo científico ao final do treinamento.*

Procura-se ainda definir *critérios de aprovação e de exclusão* do médico residente, baseados no cumprimento da carga horária e no desempenho durante as avaliações, que devem ser repassados ao residente em momentos de *feedback*:

*UR16 - A promoção (...) para o ano seguinte, bem como a obtenção do certificado de conclusão do programa, dependem de: a) cumprimento integral da carga horária do Programa; b) aprovação obtida por meio do valor médio dos resultados das avaliações realizadas durante o ano.*

*UR17 - nota mínima definida no Regimento Interno da Comissão de Residência Médica da Instituição.*

*UR18 - O não cumprimento do disposto no art. 14 (...) motivo de desligamento do Médico Residente do programa.*

*UR15 - Os critérios e os resultados de cada avaliação deverão ser do conhecimento do Médico Residente.*

A necessidade de **preceptoría qualificada e em número adequado** é também explicitada neste documento:

*UR19 - A supervisão (...) realizada por docentes, por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa, ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica.*

*UR33 - no mínimo, um especialista em Endoscopia para cada Residente, em cada ano de Residência Médica.*

O **desenvolvimento de competências específicas para o residente de endoscopia** se além às habilidades necessárias para a formação do especialista, relacionadas à avaliação do paciente, realização dos procedimentos endoscópicos, interpretação e uso dos resultados e avaliação e tratamento de riscos e complicações:

*UR23 - capacidade de avaliar o paciente de forma abrangente em seu todo biopsicossocial.*

*UR24 - indicar ou contra-indicar procedimentos endoscópicos considerando as alternativas propedêuticas e terapêuticas.*

*UR25 - considerar as possibilidades de sedação, analgésica ou anestesia individualizados para pacientes, considerando riscos e benefícios das medidas adotadas.*

*UR26 - realizar o procedimento com habilidade e segurança.*

*UR27 - interpretar os resultados.*

*UR28 - situar a interpretação dos resultados endoscópicos, correlacionando-os com o diagnóstico global e recomendando, quando oportuno, procedimentos adicionais.*

*UR29 - caracterizar e minimizar os riscos.*

*UR30 - prever e evitar complicações e tomar as medidas pertinentes quando estas ocorrerem.*

Todo o programa deve ocorrer dentro de um local com **infraestrutura adequada**. Segundo o documento, tanto para o atendimento ao paciente, quanto para a realização dos procedimentos:

*UR42 - Estrutura hospitalar com atividade assistencial em nível de internação, ambulatório e emergência.*

*UR44 - Salas de procedimentos (mínimo de duas).*

*UR45 - Áreas auxiliares: Preparo, recuperação, limpeza, desinfecção, guarda de equipamentos.*

*UR46 - Ambulatório.*

*UR47 - Equipamentos endoscópicos (...) necessários para a capacitação do residente em Endoscopia.*

Por fim, o documento abre a possibilidade de convênio com outra instituição, pra melhor treinamento do médico residente, dentro de uma carga horaria estipulada:

*UR43 - estágios específicos em outras entidades conveniadas (...) até 10% da carga horária de treinamento.*

O segundo documento analisado foi o **Regulamento do Título de Especialista em Endoscopia**, que trata da qualificação e reconhecimento do médico endoscopista pela SOBED, publicado em novembro de 2010 durante o XXXVI Congresso Brasileiro de Endoscopia. Neste documento procura-se entender as características necessárias para que um médico receba a designação de especialista em Endoscopia.

Deste documento extraiu-se 5 unidades de contexto e 14 unidades de registro. Destas, emergiram 2 categorias conforme descritas abaixo:

1. Habilidades específicas para a prática da endoscopia.
2. Domínio de Conhecimentos relacionados com a prática específica do endoscopista.

Entre as **habilidades específicas para a prática da endoscopia**, este documento destaca a necessidade de se saber avaliar e preparar o paciente, realizar procedimentos terapêuticos e de maior complexidade, além de saber interpretar os resultados dos exames realizados:

*UR 62 - A anamnese deverá ser realizada pelo candidato.*

*UR 63 - A sedação deverá ser prescrita pelo candidato, de acordo com as condições oferecidas pelo serviço. A punção venosa e a administração das drogas poderão ser realizadas pelo candidato, se ele assim desejar.*

*UR 64 - Procedimentos terapêuticos tais como hemostasia de lesões sangrantes varicosas e não varicosas, polipectomias e*

*retirada de corpo estranho, poderão ser realizados pelo candidato.*

*UR 70 - Complexidade dos procedimentos que realiza.*

*UR 65 - Ao término do exame, os examinadores solicitarão ao candidato a hipótese diagnóstica mais provável.*

Quanto ao **domínio de conhecimentos relacionados com a prática específica do endoscopista**, o documento cita a necessidade de se conhecer aspectos relacionados ao preparo do paciente, sua recuperação, utilização dos acessórios, reprocessamento, mas se além, principalmente às fontes de estudo indicadas ao médico endoscopista:

*UR 71 - Literatura publicada sobre Endoscopia Digestiva.*

*UR 72 - Diretrizes publicadas e disponíveis no site da SOBED.*

*UR 73 - Guidelines da ASGE.*

*UR 74 - Legislações atualizadas (normas e regulamentos) da ANVISA e do Conselho Federal de Medicina.*

O documento destaca ainda a necessidade de participação em eventos científicos, em especial aqueles organizados pela SOBED, um tempo adequado de treinamento prático e a necessidade de se ter uma produção científica pertinente:

*UR 69 - Publicações em revistas indexadas, apresentação de trabalhos em congressos, capítulos de livros.*

Caracterizando um documento que rege a obtenção do título de especialista, não necessariamente por meio de residência médica, há a descrição de diferentes possibilidades de formação para o médico endoscopista:

*UR 75 - qualificação exigida (...) Inscrição definitiva no CRM (...). Residência médica em Endoscopia credenciadas pelo MEC; Ou (...) Pelo menos dois anos completos de formação*

*em Endoscopia, em período integral ou de no mínimo, 40 horas semanais, comprovados por meio de certificado de conclusão do curso de especialização ou estágio reconhecido pela SOBED: Ou (...)Um ano completo de treinamento teórico-prático em Endoscopia , em período integral ou de, no mínimo 40 horas semanais, e pelo menos 5 (cinco) anos completos de prática endoscópica, comprovados por meio de declaração de médico responsável pela instituição e participação em atividades científicas na área, as quais deverão atingir no mínimo 100 (cem) pontos, nos cinco anos anteriores ao concurso, de acordo com o sistema de pontuação utilizado pela Comissão Nacional de Acreditação (CNA) divulgado no site da especialidade; Ou (...) Pelo menos 8 (oito) anos completos de formado e 5 (cinco) anos de prática endoscópica, comprovados por meio de declaração de médico responsável pela instituição e participação em atividades científicas na área, as quais deverão atingir no mínimo 100 pontos, nos cinco anos anteriores ao concurso, de acordo com o sistema de pontuação utilizado pela Comissão Nacional de Acreditação (CNA), divulgado no site da especialidade.*

O último documento analisado foi o **Regulamento dos Centros de Ensino e Treinamento (CET)**, aprovado e referendado pela Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED) em sua Assembleia Geral realizada durante o XL Congresso Brasileiro de Endoscopia Digestiva. Este documento tem como objetivo, com a criação dos CET, uniformizar padrões de ensino e aprendizagem para a endoscopia digestiva.

Foram extraídas deste documento 9 unidades de contexto, com 14 unidades de registro, das quais emergiram 4 categorias que permitem a identificação das características preconizadas por esta sociedade para a formação de um médico endoscopista, conforme o listado abaixo:

1. Programa pedagógico preciso
2. Compromisso com o desenvolvimento de competências para a prática em Endoscopia

3. Preceptoria qualificada
4. Integração entre ensino e assistência

De acordo com este documento, um **programa pedagógico preciso** deve ter um *planejamento detalhado*:

*UR 48 - explicitação detalhada do planejamento, dos objetivos, dos conteúdos, das habilidades a serem desenvolvidas, da metodologia a ser empregada e da avaliação do processo de ensino/aprendizagem proposto.*

Dentro deste, espera-se um *conteúdo teórico bem definido*, com temas pertinentes à endoscopia digestiva, epidemiologia e evidência científica, além de *treinamento prático*.

*UR 52 - Conteúdo teórico sobre endoscopia digestiva.*

*UR 53 - Fundamentos de epidemiologia clínica e de mensuração de evidência científica.*

*UR 60 - desejável que os programas pedagógicos (...) não se restrinjam à competência mínima.*

*UR 54 - Treinamento na realização de procedimentos endoscópicos*

O *processo de avaliação estipulado* prevê o desenvolvimento de um trabalho de conclusão de curso apresentado no encontro nacional da SOBED.

*UR 56 - Desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso.*

*UR 61 - exigir a apresentação do trabalho de conclusão do curso no encontro científico nacional ordinário da SOBED.*

O documento apresenta a necessidade de **um compromisso com o desenvolvimento de competências para a prática em Endoscopia**, com habilidade para realização dos procedimentos e domínio do conteúdo teórico pertinente a estes procedimentos. Destaca-se:

*UR 57 - domínio integral dos conteúdos e habilidades entendidas como necessárias ao exercício da endoscopia digestiva (...) Endoscopia digestiva alta e baixa diagnósticas (...) Cromoendoscopia (...) Marcação com tinta nanquim (...) Obtenção de biópsias com fórceps endoscópico e outros materiais biológicos (...) Polipectomia alta e baixa (...) Hemostasia do sangramento digestivo por úlcera péptica, por ruptura de varizes esofagogástricas, por angiodisplasia ou por doença diverticular do cólon (...) Retirada de corpo estranho no trato digestivo alto (...) Colocação de cateteres para suporte nutricional (...) Gastrostomia endoscópica percutânea (...) Dilatação de estenoses com hastes e balões hidrostáticos no trato gastrointestinal.*

No intuito de garantir uma **preceptoría qualificada**, o documento prevê que os preceptores deverão estar inseridos em programas ou grupos que atestem sua capacidade:

*UR 50 - docentes nos programas pedagógicos dos CET deverão aderir ao programa de Certificação de Atualização Profissional.*

*UR 51 - docentes nos programas pedagógicos dos CET devem ser Membros Titulares da SOBED.*

Por fim, a **integração entre ensino e assistência** procura garantir:

*UR 49 - área física, movimento assistencial, e infraestrutura compatível com o número total de treinandos presentes*

## **5.2 A formação do residente em endoscopia digestiva sob o olhar dos Supervisores**

A partir da análise das entrevistas dos supervisores de programas, pôde-se inferir a ocorrência de 81 unidades de contexto e 152 unidades de registro, das quais emergiram 35 categorias, as quais puderam ser elencadas em dois diferentes núcleos: um evidenciando as *características de um bom programa de residência*



*médica em endoscopia e outro as competências necessárias para a formação do médico endoscopista, as quais serão melhor discutidas nos subcapítulos a seguir.*

### **5.2.1 Características de um bom programa de residência**

Dentro do núcleo de respostas que demonstram o que os supervisores consideram como melhor para um programa de residência em endoscopia, pôde-se inferir a ocorrência de 47 unidades de contexto e 80 unidades de registro, de onde emergiram 10 categorias abaixo listadas:

1. Boa formação prévia dos ingressantes
2. Clareza na definição de perfil do egresso
3. Normas bem definidas
4. Disponibilidade de recursos humanos
5. Infraestrutura adequada
6. Integração entre ensino e serviço
7. Abordagem teórica planejada e coerente com a prática do endoscopista
8. Treinamento prático supervisionado
9. Abordagem atitudinal e comportamental na formação
10. Sistema adequado de avaliação do residente

Analisando as entrevistas dos Supervisores de Programa de Residência Médica, podemos notar a importância de uma **boa formação prévia dos ingressantes**, com *treinamento prévio em especialidade clínica ou cirúrgica*:

*UR1 - residência médica em alguma especialidade antes de ele chegar na especialidade de endoscopia.*

*UR 2 - já ter participado de um, de um, programa de residência de clínica médica ou de clínica cirúrgica.*

*UR3 - passar por um período de dois anos de residência prévia à residência de endoscopia.*

*UR 70 - ele pode ter uma formação só de clínico, (...), formação só de cirurgião*

Segundo entendimento dos entrevistados, esta formação prévia deve ser tal que traga *compreensão das propriedades do trato gastrointestinal e suas alterações*:

*UR 4 - ter um conhecimento da endoscopia digestiva, da gastroenterologia, da clínica cirúrgica do aparelho digestivo (...) tem que conhecer também dados epidemiológicos das doenças (...) em que estar preparado, ou durante a residência médica ele tem que ter esse preparo.*

*UR 51 - o residente deve ter uma base boa médica, de conhecimento médico, em termos de gastroenterologia, de doenças do trato digestivo*

Conhecendo o perfil de quem chega ao programa, devemos também ter **clareza na definição de perfil do egresso**:

*UR 53 - A gente tem que determinar o que que a gente quer do nosso profissional.*

*UR 71 - o mínimo que um residente de endoscopia tem que sair é fazendo endoscopia digestiva alta, colonoscopia, diagnóstica e terapêutica. Ele tem que fazer todos os procedimentos de endoscopia alta e baixa*

Os supervisores trazem ainda a ideia de um **regimento bem definido**, porém com uma *legislação que não atrapalhe o andamento da residência*. Devem haver *normas bem definidas, havendo ações de punição, caso necessário*:

*UR 23 – punições pra essas coisa também, que são muito importantes. Então você tem que advertir o cara, você tem que advertir oralmente, depois você tem que advertir, é, de uma maneira mais, é...documentada, depois você tem que suspender, até o momento que você tem que mandar esse cara embora.*

A **disponibilidade de recursos humanos** passa essencialmente por uma *equipe de preceptores qualificada e em número adequado*:

*UR 7 – ver quem você tem pra cuidar disso junto com você.*

*UR 8 – de acordo com o número de preceptor que você tem.*

*UR 62 – qualificação das pessoas que ensinam.*

*UR 63 – tempo de exame, né, de treinamento prático, tempo de treinamento teórico e contato com pessoas que estão dispostas e sabem ensinar.*

*UR 73 – tem que ter um corpo docente (...) tem que ter um preceptor.*

*UR 74 – uma pessoa (...) afeita, vinculada com essa parte acadêmica, de discussão, de sessão clínica, discussão de caso, tá na sala discutindo, né, os casos do dia a dia também, não só na parte teórica, mas também na parte prática e estar junto, né, com o residente.*

*UR 75 – médicos que estejam também envolvidos*

Além destes, é de fundamental importância um *supervisor dedicado* e uma *equipe multidisciplinar envolvida*:

*UR 79 – tem que ter um âncora pra poder levar adiante o programa.*

*UR 80 – Tem que ter apoio da equipe médica e da equipe de enfermagem.*

*UR 78 – interação. Pessoal da enfermagem, discussão com CCIH.*

Nota-se a importância de uma **infraestrutura adequada**, no que tange ao espaço físico, número e manutenção de aparelhos:

*UR 9 – tem que ter um parque de endoscópios pra você utilizar.*

*UR 10 – ver que tipo de equipamento que você tem.*

*UR 11 – você precisa saber quantas salas você tem pra fazer exame.*

*UR 12 – você precisa disponibilizar o que você tem de equipamento, o tempo que esse equipamento vai ficar rodando, sem poder ser usado.*

*UR 42 – quem quer formar bem tem que dispor de alguns recursos.*

*UR 72 – serviço que seja bem estruturado fisicamente, (...) que tenha um número de aparelhos adequados e de manutenção.*

*UR 76 – estrutura física, material de um modo geral.*

*UR 77 – material endoscópico e todos os acessórios pertinentes e a parte humana também.*

Porém, somente a infraestrutura não será suficiente se não houver **integração entre ensino e serviço**, que considere uma *oferta mínima de possibilidades de treinamento prático...*

*UR 13 – O número de sala, o número de equipamento, como ele vai ser reprocessado e o número de indivíduos (...) que vão estar junto com você.*

*UR 61 – tem que ter número de exame, tem que ter número, tempo de aula teórica.*

*UR 63 – tempo de exame, né, de treinamento prático, tempo de treinamento teórico e contato com pessoas que são dispostas e sabem ensinar.*

*... e adequação do número de residentes ao fluxo de procedimentos do serviço:*

*UR 14 – fazer o cálculo de quantos caras você vai receber.*

*UR 15 – você não pode ter mais do que dois residentes por sala.*

*UR 16 – O ideal, pra começar, (...) é um residente por sala.*

Um dos itens mais citados durante as entrevistas, foi a importância de uma **abordagem teórica planejada e coerente com a prática do médico endoscopista**. Neste sentido, a *diversidade de ferramentas de ensino* foi tratada com maior relevância, com o uso de reuniões científicas, discussão de artigos da literatura e casos clínicos do serviço, além de cursos específicos para os residentes. Notamos a importância do *uso da teoria como apoio para a prática*:

*UR 34 – o residente passou a entender como selecionar um artigo, passou a entender como valorizar aquele artigo e qual é o benefício que aquilo vai trazer na prática clínica*

*UR 39 – bom currículo de endoscopia tem que ter uma boa base teórica no primeiro ano, (...) e que no segundo ano você sim dá as ferramentas e perspectivas de ela fazer.*

De acordo com os supervisores, a teoria deve ocorrer através de um *ensino gradual e escalonado*:

*UR 48 – o meu primeiro mês de aula teórica é só aula teórica que não tem nada a ver com a endoscopia, mas sim com o atendimento ao paciente.*

*UR 49 – um currículo básico, os seis primeiros meses tem que ter uma teoria muito pesada e o primeiro mês nada de endoscopia sob o ponto de vista de aula.*

*UR 52 – existe um escalonamento de uma parte mais básica, de uma parte mais avançada.*

*UR 66 – As primeiras sessões teóricas do ano são sempre sobre as coisas básicas. Normalmente o R1 apresenta.*

O contato com outras especialidades durante a abordagem teórica também foi explicitada durante as entrevistas:

*UR 42 – importante colocar o residente em contato com o clínico, com o cirurgião, com outras áreas, pra ele não sair da formação dele com aquilo que ele aprendeu só na endoscopia.*

*UR 50 – Eu chamo anestesista pra dar aula, eu chamo cardiologista pra dar aula, eu chamo emergencista pra dar aula.*

Por fim, ficou claro que deve haver a *definição de um conteúdo programático e ensino de temas médicos e relacionados à endoscopia.*

Dentro do fundamento da residência médica, o **treinamento prático supervisionado** também ganhou bastante destaque durante as entrevistas. A característica citada com maior importância pelos supervisores foi a *distribuição orientada das atividades*:

*UR 27 – primeiro ano da formação (...) seis meses especificamente na área de diagnóstico, tanto na parte de endoscopia e procedimentos básicos, ele passa dois meses na colonoscopia, ele passa um mês na emergência (...) procedimentos que envolvem hemorragia digestiva e retirada de corpo estranho, ele passa um mês na Colangiopancreatografia endoscópica (...) técnicas de inserção do aparelho, (...) passagem do aparelho e a centralização da papila.*

*UR 28 – um mês na sala (...) procedimentos avançados, (...) pra auxiliar os procedimentos. Então nesse momento ele tem contato com enteroscopia, (...) contato com dissecação endoscópica da submucosa, (...) contato com POEM, (...) procedimentos terapêuticos mais (...) avançados.*

*UR 30 – segundo ano, (...) ele passa três meses na sala de colonoscopia, três meses na sala de colangiografia. (...) ele faz cateterização, ele faz papilotomia, ele faz retirada de cálculo não complexo, eventualmente ele passa uma prótese (...). Aí ele passa dois meses (...) fazendo a endoscopia oncológica (...). Aí ele passa um mês (...) fazendo endoscopia infantil.*

*UR 31 – nos outros dois meses, ele fica na parte da terapêutica avançada, (...) auxilia e realiza não completamente, mas pelo menos parcialmente, passos de uma dissecação endoscópica da submucosa, passos do POEM, diverticulotomia de Zenker.*

*UR 45 – nos dois primeiros meses, todos os residentes de primeiro ano ficam juntos na sala da endoscopia.*

*UR 54 – a gente fez um programa onde o endoscopista passa por áreas tipo, endoscopia pediátrica, endoscopia num centro oncológico.*

*UR 69 – R1, por exemplo, passa um tempo na broncoscopia, passa um tempo na cirurgia per-oral (...). Passa um tempo lavando aparelho. (...) No preparo de colono (...). Passa um tempo fazendo orientação de preparo de colono.*

Tal como na abordagem teórica, também na prática observamos a importância de um *ensino gradual e escalonado*:

*UR 29 – segundo ano, aí o segundo ano ele já tem uma atividade muito mais de terapêutica do que de diagnóstica.*

*UR 46 – no primeiro e no segundo mês eles não passam nas salas avançadas. Eles passam na endoscopia e na colonoscopia.*

*UR 67 – Quando a gente tem uma coisa mais complexa, é o R2 que vai estudar e vai fazer.*

*UR 68 – As coisas simples vão pra mão do R1 e as coisas mais complexas pra mão do R2.*

Parece bem claro durante a análise das entrevistas que os supervisores acreditam em uma *formação básica nos dois anos de residência...*

*UR 25 – pessoas que gostariam de ter uma formação em endoscopia (...) poder fazer procedimentos básicos e diagnósticos. (...) dois anos de formação, passando desde a parte de diagnóstico, entendendo todos os métodos diagnósticos, aos procedimentos mais básicos, dilatação, esclerose, ligadura elástica, polipectomia, gastrostomia, dilatação balonada, dilatação com ogiva, polipectomias de pequeno grau de dificuldade.*

*UR 64 – Tudo que é de mais avançado não dá tempo de aprender em dois anos de residência.*

*UR 65 – eu sou contra ensinar procedimentos de alta complexidade.*

...com um terceiro ano voltado para procedimentos mais avançados:

*UR 18 – R3, ele tem muito foco em eco, mas ele faz outros procedimentos mais avançados, tipo CPRE (...). E mucossectomias...Então ele avança no procedimento terapêutico de endoscopia digestiva, aqui no hospital.*



*UR 26 – pessoa que tem intenção de fazer terapêutica avançada (...) terceiro ano de residência em que nós ofertamos apenas duas vagas, porque essa pessoa fica seis meses fazendo ultrassonografia endoscópica e seis meses fazendo Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.*

*UR 32 – pessoa que vai se dedicar à colangiografia e que vai se dedicar à ecoendoscopia, precisa obrigatoriamente de um ano adicional, em que pelo menos metade desse período, seis meses, deve ser desencadeado pra cada um.*

Observamos ainda a necessidade de um *treinamento prático* como essência do programa e a possibilidade de *treinamento simulado*:

*UR 59 – tem que ter obrigatoriamente uma parte prática forte e acho que tem que ter algum conteúdo teórico junto.*

*UR 60 – Acho que a gente acaba aprendendo muito mais na prática do que nos programas muito teóricos.*

*UR 40 – antes de a gente falar com a pessoa que ela vai fazer parte de um procedimento avançado, é lá no laboratório que ela vai fazer.*

A necessidade de uma **abordagem atitudinal e comportamental na formação** também foi citada pelos supervisores:

*UR 56 – a gente precisa ensinar pros nossos residentes é como se comportar, como tratar os pacientes, fazer um bom trato dos doentes.*

*UR 57 – Essa relação médico-paciente, isso aí você não aprende em livro. Isso aí você aprende vendo no dia a dia, né. Vendo o exemplo.*

*UR 58 – um grande aprendizado da residência médica, que eu acho que tem que aprender,(...) não é a teoria. (...) é atitudes frente ao paciente, frente ao colega, como é que conduz um caso.*

Por fim, mas não menos importante, aparece clara a necessidade de um **sistema adequado de avaliação do residente**. As falas dos supervisores explicitam a necessidade de uma *regularidade de avaliações* e da confecção de um *trabalho de conclusão de curso*:

*UR 21 – muito importante também fazer (...) um trabalho de término de residência.*

*UR 47 – Eu faço prova mensal com eles.*

### **5.2.2 Competências Necessárias Para a Formação do Médico Endoscopista**

Competência profissional pode ser definida como a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação conhecimentos, habilidades e valores necessários ao desempenho eficiente e efetivo das atividades requeridas no contexto do trabalho (SANTOS, 2011).

Analisando as entrevistas dos Supervisores de Programa, pudemos identificar 72 unidades de registro dentro de 34 unidades de contexto, de que relacionavam-se às competências que se espera do médico endoscopista ao fim de sua formação na Residência Médica. Destas emergiram 25 categorias agrupadas em três diferentes núcleos conforme a definição de competências descrita acima (SANTOS, 2011), entendendo suas vertentes como capacidades cognitivas (conhecimentos), psicomotoras (habilidades) e afetivas (valores)(RIBEIRO; LIMA, 2003):

#### 1. Conhecimentos:

- a. Conhecimento prévio
- b. Epidemiologia das doenças
- c. O trato gastrointestinal normal e suas alterações
- d. Características dos exames que irá realizar
- e. Indicação e contra-indicação dos procedimentos
- f. Aspectos da medicina perioperatória necessários para a realização de procedimentos endoscópicos
- g. Escores e algoritmos que permitam orientar a decisão de tratamento

- h. Caráter de urgência de alguns procedimentos
- i. Procedimentos de endoscopia fora do trato digestivo

2. Habilidades:

- a. Saber fazer avaliação prévia do paciente
- b. Saber orientar o preparo prévio do paciente à realização de procedimentos
- c. Saber manusear e orientar o preparo dos aparelhos
- d. Ter habilidade manual para realizar os procedimentos endoscópicos
- e. Saber realizar procedimentos de endoscopia digestiva
- f. Fazer os procedimentos endoscópicos de maneira eficaz
- g. Saber reconhecer e tratar complicações dos procedimentos
- h. Saber utilizar e produzir conhecimento científico

3. Atitudes:

- a. Boa formação e caráter
- b. Atuação segura como médico enxergando o paciente como um todo
- c. Postura ética e conhecimento para buscar o melhor para o paciente
- d. Boa relação com equipe de saúde e usuários
- e. Empatia com o paciente depois do procedimento
- f. Pró-atividade para aprender a aprender
- g. Boa adaptação à realidade do mercado

Em relação aos **conhecimentos** necessários ao residente, foi explicitado pelos supervisores a necessidade de o residente ter **conhecimento prévio**, inclusive sobre a **epidemiologia das doenças**:

*UR 154 – se você tem uma boa formação, se você tem uma boa base.*

*UR 126 – ele tem que ter conhecimento de epidemiologia.*

*UR 130 – ele tem que conhecer também dados epidemiológicos das doenças.*

Espera-se ainda do residente conhecer **o trato gastrointestinal normal e suas alterações**:

*UR 129 – ele deve ter um conhecimento da endoscopia digestiva, da gastroenterologia, da clínica cirúrgica do aparelho digestivo.*

*UR 164 – uma base boa médica, de conhecimento médico, em termos de gastroenterologia, de doenças do trato digestivo.*

*UR 168 – conhecimento sobre a parte hepática, ele tem conhecimento sobre a parte de fisiologia, ele passa no esôfago, ele passa na doença inflamatória intestinal.*

Segundo os supervisores entrevistados, é fundamental para o médico residente conhecer as **características dos exames que irá realizar**, antes de começar a fazê-los:

*UR 143 – primeiro ano ele precisa entender o que é que ele está vendo e quais são as características do exame.*

Do mesmo modo, o médico residente deve dominar as **indicações e contraindicações dos procedimentos**, para que saiba quando deve fazê-los:

*UR 152 – entenda quando fazer e quando não fazer.*

*UR 155 – critério de quando indicar o procedimento.*

Conhecer **aspectos da medicina perioperatória necessários para a realização de procedimentos endoscópicos** torna-se imperioso antes de se começar a fazer os procedimentos:

*UR 158 – sedação, cuidados ventilatórios, é, quando indicar o exame e suspender o exame, necessidade de oxigenioterapia, necessidade de intubação orotraqueal.*

*UR 159 – interação medicamentosa.*

*UR 162 – dosagem por quilo de peso.*

*UR 163 – Eu chamo anestesista pra dar aula, eu chamo cardiologista pra dar aula, eu chamo emergencista pra dar aula.*

Da mesma maneira, conhecer **escores e algoritmos que permitam orientar a decisão de tratamento** torna a prática endoscópica melhor direcionada:

*UR 160 – Ah! Eu tenho hemorragia digestiva alta, tenho uma endoscopia pra fazer!”. “Cara, qual é o critério? Que tipo de score que você usa? Porque que você usa esse score? Porque você não usa o outro score? Vamos discutir cada score. O que que é importante a gente ter? É o critério clínico o mais relevante no começo?*

Segundo os supervisores, há a necessidade de se reconhecer o **caráter de urgência de alguns procedimentos** e a maneira de atuar nestes casos:

*UR 161 – Onde você faria esse exame? Na sala de admissão? No centro cirúrgico? Na endoscopia? Que critérios esse paciente tem pra ser uma emergência ou pra ser uma urgência ou pra ser um exame eletivo?*

Foi citado ainda por um dos entrevistados a necessidade de se conhecer **procedimentos de endoscopia fora do trato digestivo**:

*UR 193 – passa um tempo na broncoscopia, passa um tempo na cirurgia per-oral.*

Em relação às **habilidades**, o residente deve inicialmente **saber fazer avaliação prévia do paciente**:

*UR 125 – o cara tem que tirar a história, tem que saber tirar a história do paciente.*

*UR 127 – ele deve te passar a história do paciente.*

*UR 165 – avaliação prévia do doente pra endoscopia.*

Espera-se do residente **saber orientar o preparo prévio do paciente à realização de procedimentos**, em uma lógica de aprendizado que valoriza não apenas o procedimento em si, mas tudo que o cerca

*UR 195 – Passa um tempo obrigatório numas coisas que ele não gosta. No preparo de colono.*

*UR 196 – Passa um tempo fazendo orientação de preparo de colono.*

Seguindo a lógica acima citada, o residente deve **saber manusear e orientar o preparo dos aparelhos**:

*UR 194 – Tem que fazer as coisas obrigatórias. Passa um tempo lavando aparelho.*

*UR 202 – Hoje em dia esse negócio de desinfecção de aparelho. Acho que pro médico que vai se formar como endoscopista mesmo ter uma visão global, né.*

Num programa essencialmente prático, em uma especialidade que trabalha diretamente com o manejo de aparelhos, é de fundamental importância para o residente, segundo os supervisores, **ter habilidade manual para realizar os procedimentos endoscópicos**

*UR 192 – Na endoscopia tem um grande problema que eu acho que é a habilidade manual.*

*UR 205 – ter habilidade de realização dos procedimentos.*

*UR 207 – ele ter essa habilidade pra fazer qualquer procedimento endoscópico.*

Utilizando dos conhecimentos acima citados e das habilidades até então adquiridas, o residente precisa **saber realizar procedimentos de endoscopia digestiva**. Dentro desta perspectiva, cabe ao residente *saber fazer exames*

*diagnósticos, saber fazer procedimentos terapêuticos, saber fazer procedimentos em caráter de urgência e saber atuar em pacientes com características especiais:*

*UR 137 – portanto, ao redor de dois anos de formação, passando desde a parte de diagnóstico, todo os métodos diagnósticos.*

*UR 188 – Da residência simples ele tem que sair fazendo endoscopia e colonoscopia direito.*

*UR 189 – Pra um cara ser competente, ele vai sair fazendo bem endoscopia e colonoscopia.*

*UR 197 – E, numa fase inicial é aquela parte de endoscopia diagnóstica.*

*UR 198 – fazer todos os procedimentos de endoscopia alta e baixa.*

*UR 139 – procedimentos mais básicos, dilatação, esclerose, ligadura elástica, polipectomia, gastrostomia, dilatação balonada, dilatação com ogiva, polipectomias de pequeno grau de dificuldade.*

*UR 134 – ele faz outros procedimentos mais avançados, tipo CPRE.*

*UR 135 – E mucosectomias*

*UR 141 – colangiopancreatografia endoscópica (...) técnicas de inserção do aparelho (...) passagem do aparelho e centralização da papila.*

*UR 145 – segundo ano (...) ele faz cateterização, ele faz papilotomia, ele faz retirada de cálculo não complexo, eventualmente ele passa uma prótese.*

*UR 148 – terapêutica avançada (...) auxilia e realiza não completamente (...) passos de uma dissecação endoscópica da submucosa, passos do POEM, diverticulotomia de Zenker.*

*UR 146 – endoscopia oncológica (...) passagem de prótese, (...) diagnóstico de tumor, (...) diagnóstico e terapêutica de câncer.*

*UR 147 – Aí ele passa um mês no instituto da criança, fazendo endoscopia infantil num volume muito significativo.*

*UR 176 – o endoscopista passa por áreas tipo, endoscopia pediátrica, endoscopia num centro oncológico.*

*UR 140 – aprender os procedimentos que envolvem hemorragia digestiva e retirada de corpo estranho.*

Não basta realizar os exames endoscópicos. Há que se **fazer os procedimentos endoscópicos de maneira eficaz**

*UR 132 – eu falo pra eles: “Olha, você precisa fazer um pouco mais rápido isso.*

*UR 133 – ele tem que ter um jeito de fazer o exame endoscópico que ele, quando estiver terminando, ele não vai mais estar estimulando.*

Espera-se, na visão dos supervisores, que o residente, ao fim de seu treinamento, tenha competência para **saber reconhecer e tratar complicações dos procedimentos:**

*UR 166 – abordagem do doente de complicações*

Por fim, mas não menos importante, o residente deve **saber utilizar e produzir conhecimento científico:**



*UR 136 - o cara estude, com que o cara discuta, é, artigos científicos de endoscopia, com que o cara faça um, um, um trabalho científico*

*UR 150 - como selecionar um artigo*

*UR 151 - como valorizar aquele artigo e qual é o benefício que aquilo vai trazer na prática clínica*

Quando falamos de atitudes e valores esperados ao fim da formação do médico residente, observamos inicialmente que os supervisores indicam a necessidade de uma **boa formação e caráter**:

*UR 153 - Hoje em dia eu me preocupo muito com a formação e o caráter da pessoa*

Espera-se dele **atuação segura como médico enxergando o paciente como um todo**:

*UR 170 - Ele tem que ter conhecimento médico, capacidade de lidar com o doente, é, de doença, de um todo,*

*UR 180 - enfim, ser um médico.*

*UR 185 - como é que conduz um caso*

*UR 203 - Acho que pro médico que vai se formar como endoscopista mesmo ter uma visão global, né*

*UR 204 - Pra ele poder discutir o... o processo todo, né. Ter um conhecimento pra que ele possa realmente exercer a especialidade.*

**Postura ética e conhecimento para buscar o melhor para o paciente,** também foi um aspecto bastante valorizado pelos supervisores:

*UR 171 - Capacidade de discutir com o médico assistente que peça pra ele fazer alguma coisa que não se justifica.*

*UR 172 - No final ele é um médico, ele é um especialista. Ele tem que opinar.*

*UR 173 - Então, ele precisa ter esse conhecimento, ele precisa ter essa base, pra ter capacidade de discutir*

*UR 206 - Tem que ser responsável... é... cumpridor dos seus deveres, ético, ter um ótimo relacionamento com toda equipe de saúde e a habilidade*

O médico endoscopista deve ter **boa relação com equipe de saúde e usuários**, de modo a poder exercer seu papel da melhor maneira possível:

*UR 179 - Ideal, ideal, é... assim, ter a capacidade, ter um bom trato com os colegas, com o paciente*

*UR 181 - Então, assim, o que a gente precisa ensinar pros nossos residentes é como se comportar, como tratar os pacientes, fazer um bom trato dos doentes.*

*UR 182 - Uma coisa que falta muito, né, relação médico-paciente. Isso é um grande, isso é um problema de quem faz a parte muito técnica, né.*

*UR 183 - Essa relação médico-paciente, isso aí você não aprende em livro. Isso aí você aprende vendo no dia a dia, né. Vendo o exemplo.*

*UR 184 - Mas é atitudes frente ao paciente, frente ao colega, (...). Isso não aprende em livro nenhum*

*UR 201 - E sem dúvida é até essa interação. Pessoal da enfermagem, discussão com CCIH.*

Observamos que alguns supervisores preocupam-se com o foco exagerado do endoscopista no ato do procedimento e esperam do residente **empatia com o paciente depois do procedimento**:

*UR 167 - lidar com o paciente depois da endoscopia*

Além do aprendizado prático e lembrando que o aprendizado deve ocorrer ao longo de toda a vida profissional do médico, foi citado pelos supervisores a necessidade de uma **pró-atividade para aprender a aprender**:

*UR 186 - Acho que o conteúdo teórico é muito mais com o próprio residente do que, do que a gente dando aulinha e tal.*

*UR 190 - as pessoas mais novas tem um acesso à informação instantânea, ninguém estuda pra ter um banco de dados dentro da cabeça e tentar resolver os problemas do dia a dia*

*UR 191 - Então as pessoas se preocupam muito pouco em aprofundar no conhecimento.*

**A preocupação final dos supervisores gira em torno de uma boa adaptação à realidade do mercado, tendo em vista que a os residentes podem ter que atuar em locais com características diferentes daqueles onde fizeram sua formação:**

*UR 131 - E a realidade não é essa fora, né. Então, quando ele chega lá fora, é..., é um grande desafio ele se adaptar à realidade do mercado, né. Então ele vai ter que trabalhar numa clínica, ele vai ter que trabalhar num hospital que não oferece as mesmas condições que ele tem aqui ele vai ter que tocar a vida dele*

## 6. DISCUSSÃO

Confrontando os resultados obtidos com a análise documental e a análise das entrevistas dos supervisores, podemos notar que, em muitos pontos, estas análises convergem ou são complementares. A partir da análise destas variáveis, começamos a elencar as etapas de configuração da proposta de currículo.

Inicialmente notamos que, dentro da análise documental, o Programa de Endoscopia é um programa com necessidade de pré-requisito e que os Supervisores entrevistados esperam uma boa formação prévia dos ingressantes. Desta maneira, propomos que o ingressante seja egresso de programa de residência médica em clínica médica ou cirurgia geral credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), com conhecimento prévio sobre gastroenterologia e cirurgia do aparelho digestivo. Este quesito pode ser o direcionador para a realização do processo seletivo.

Mais do que uma proposta, este é um modelo regulamentado pela CNRM, que indica a necessidade de o médico que tenha interesse em fazer a residência em Endoscopia, seja proveniente de programas credenciados em Clínica Médica ou Cirurgia Geral. Esta mesma legislação prevê um programa com 24 meses de duração, com disposição da carga horária que contemple um canal teórico e um treinamento em serviço. Se considerarmos o que desenvolvimento desta proficiência pode apresentar aspectos singulares, é preciso questionar este modelo rígido.

Em outros países, a formação se dá de maneira diferente. Nos Estados Unidos, por exemplo, o treinamento do médico endoscopista ocorre como parte da formação do cirurgião ou do gastroenterologista. A endoscopia não existe como especialidade. Por outro lado é permitido a alguns centros, contanto que credenciados para tal, fornecerem treinamento em alguns procedimentos específicos (FAIGEL et al., [s.d.]).

Já na Holanda, o treinamento em gastroenterologia inicia-se com uma residência de dois anos em medicina interna seguido por um programa de quatro anos em gastroenterologia. Os aprendizes participam de endoscopias nestes quatro anos (EKKELENKAMP, 2014).

Com o crescimento exponencial dos procedimentos e técnicas utilizados pela endoscopia digestiva, acreditamos na necessidade de que essa seja uma formação

específica, com possibilidade, em tempo futuro, de acesso direto, com treinamento pertinente à endoscopia e às afecções do trato gastrointestinal.

Em relação ao canal teórico acima previsto, podemos notar, associando a análise documental com a entrevista com os supervisores, que ele deve ser cuidadosamente planejado, com programa pedagógico preciso e relacionado com a prática da endoscopia. Dentro deste canal teórico, devem ser abordados os temas citados como conhecimentos necessários para o médico residente, os quais serão divididos ao longo do programa, seguindo o padrão modular de competências apresentado no próximo capítulo, distribuídos conforme o quadro abaixo:

Quadro 4 Conhecimentos esperados para os residentes de acordo com o levantamento de campo

CONHECIMENTO ESPERADO	MÓDULO DE COMPETÊNCIA
Conhecimento prévio	Além de ser um tema avaliado no processo seletivo, serve com base em todos os módulos de treinamento.
Epidemiologia das doenças	Todos estes conhecimentos fazem parte dos módulos de treinamento dos exames diagnósticos
O trato gastrointestinal normal e suas alterações	
Características dos exames que irá realizar	
Indicação e contra-indicação dos procedimentos	
Aspectos da medicina perioperatória necessários para a realização de procedimentos endoscópicos	Conhecimento pertinente ao módulo que envolve o aprendizado de sedação
Escores e algoritmos que permitam orientar a decisão de tratamento	Ambos os conhecimentos estão incluídos nos módulos de aprendizado de procedimentos terapêuticos
Caráter de urgência de alguns procedimentos	
Procedimentos de endoscopia fora do trato digestivo	Conhecimento específico englobado em módulo próprio, com objetivo de familiarizar o aprendiz nas alterações da via digestiva alta

Fonte: Elaboração própria

O treinamento em serviço deve ser supervisionado, visando habilidades específicas para a prática do endoscopista, tais como os previamente citados e também divididos pelos módulos de aprendizagem:

Quadro 5 Habilidades esperadas para os residentes de acordo com o levantamento de campo

HABILIDADES	MÓDULO DE COMPETÊNCIA
Saber fazer avaliação prévia do paciente	Englobado em todos os módulos de aprendizado, de procedimentos diagnósticos ou

	terapêuticos
Saber orientar o preparo prévio do paciente à realização de procedimentos	Módulo 3 – Saber indicar e realizar o preparo dos pacientes que serão submetidos a procedimentos endoscópicos
Saber manusear e orientar o preparo dos aparelhos	Módulos 1 e 2 – Conhecer o funcionamento e o processo de limpeza e desinfecção dos aparelhos utilizados na endoscopia digestiva
Ter habilidade manual para realizar os procedimentos endoscópicos	Módulos de treinamento dos exames diagnósticos e terapêuticos
Saber realizar procedimentos de endoscopia digestiva	
Fazer os procedimentos endoscópicos de maneira eficaz	
Saber reconhecer e tratar complicações dos procedimentos	
Saber utilizar e produzir conhecimento científico	

Fonte: Elaboração própria

A abordagem atitudinal e comportamental do médico residente só foi abordada nas entrevistas com os supervisores e também deve ser relacionada com os módulos de treinamento divididos por competências:

Quadro 6 Atitudes esperadas para os residentes de acordo com o levantamento de campo

ATITUDES	MÓDULO DE COMPETÊNCIA
Boa formação e caráter	Módulos de treinamento dos exames diagnósticos e terapêuticos
Atuação segura como médico enxergando o paciente como um todo	
Postura ética e conhecimento para buscar o melhor para o paciente	
Boa relação com equipe de saúde e usuários	
Empatia com o paciente depois do procedimento	
Pró-atividade para aprender a aprender	
Boa adaptação à realidade do mercado	Módulo 6 – Saber comunicar-se e liderar a equipe multiprofissional envolvida com o setor de endoscopia digestiva Módulo 9 – Conhecer fluxos assistenciais dentro da rede de atenção à saúde

Fonte: Elaboração própria

Durante a fase de análise, observamos ainda que, tanto os documentos analisados quanto a fala dos supervisores direcionam-se para o desenvolvimento de competências direcionadas para a prática da endoscopia. A utilização de um currículo baseado em competências não é comum em nosso meio.

A definição de competência do médico endoscopista varia de acordo com sua formação em diferentes países. Nos EUA, onde a formação do endoscopista faz parte do currículo do gastroenterologista ou do cirurgião, espera-se que ambos tornem-se médicos com conhecimento relevante nas doenças relacionadas a cada especialidade, habilidades para diagnóstico e procedimentos com profissionalismo, ético e moral (FAIGEL et al., [s.d.]).

De acordo com a *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* (ASGE), um endoscopista competente deve:

A – ser capaz de integrar a endoscopia digestiva à avaliação clínica do paciente;

B – ter um bom treinamento em clínica médica ou cirurgia;

C - ter conhecimento das indicações, contraindicações, fatores de risco e considerações de custo-benefício para cada paciente;

D - ser capaz de descrever claramente um procedimento endoscópico e obter consentimento informado;

E - ter conhecimento da anatomia endoscópica, características técnicas do equipamento endoscópico e técnicas endoscópicas acessórias, incluindo biópsia, citologia, fotografia e terapia endoscópica térmica e não-térmica;

F - ser capaz de identificar e interpretar com precisão os achados endoscópicos;

G - ter uma compreensão completa dos princípios, farmacologia e riscos da sedação / analgesia.

Em relação à sedação, a ASGE recomenda que o médico endoscopista seja capaz de reconhecer os vários níveis de sedação, que conheça a farmacologia dos medicamentos sedativos, assim como de seus agentes reversores. Além disso, deve ser capaz de aplicar as técnicas apropriadas de monitorização. Deve ainda ser capaz de reverter complicações relacionadas à sedação, incluindo aí etapas do suporte básico de vida e manejo da via aérea (FAIGEL et al., [s.d.]).

A ASGE define ainda que o médico endoscopista deve ser capaz de realizar os procedimentos adequadamente, com indicação precisa, sabendo extrair do procedimento a informação necessária para indicar o tratamento adequado, com sedação adequada, minimizando os riscos. Estabelece ainda um número mínimo de 140 colonoscopias e 130 endoscopias digestivas altas realizadas sob supervisão

para garantir a competência do médico, mesmo reconhecendo que alguns poderão precisar de um número maior de procedimentos. (FAIGEL et al., [s.d.]).

A formação em procedimentos mais complexos, como ultrassom endoscópico, CPRE, ESD, assim como em novas tecnologias e procedimentos, deve ocorrer depois do fim da formação básica como acima descrita (FAIGEL et al., [s.d.]). Também na Holanda, somente após atingir competência em endoscopia digestiva alta e colonoscopia, os residentes iniciam o treinamento em CPRE (EKKELENKAMP, 2014).

Em relação à CPRE, a ASGE cita que cerca de 180 a 200 procedimentos devem ser executados, com canulação do ducto, com injeção de contraste, colocação de próteses, esfincterotomia e retirada de pedras em 80 a 90% dos casos, comprovando sua competência (FAIGEL et al., [s.d.]).

Já Ekkelemkamp, acredita que o foco no treinamento da endoscopia digestiva deva mudar da realização de um número estanque de procedimentos e passe a valorizar uma abordagem individual. A valorização do número de procedimentos realizados, apenas, é considerada um referencial pobre para a definição de competência. A mensuração do desenvolvimento do aprendiz é preferível. Porém, a avaliação da competência do aprendiz não está claramente definida e os pontos de referência de competências para os formandos são escassos. As orientações de treinamento são diferentes e não há consenso sobre o que o residente precisa saber ao fim do treinamento, além de não haver ferramentas apropriadas para mensurar estas habilidades (EKKELENKAMP, 2014).

Em trabalho com colonoscopistas holandeses, os mesmos foram instados a relacionar quais eram os fatores essenciais na opinião deles para a realização de uma colonoscopia de qualidade. Foram avaliados os conhecimentos e habilidades necessárias para o médico residente. Não houve abordagem atitudinal. O resultado é demonstrado no quadro abaixo (EKKELENKAMP, 2014):

Quadro 7 Conhecimentos e habilidades esperados para os médicos endoscopistas de acordo com o Ekkelenkamp

Eficácia / Objetivo	Segurança/Efeitos
---------------------	-------------------



<b>colaterais/Comportamento</b>	
Conhecimentos	
Identificação adequada da imagem endoscópica	Conhecimento dos próprios limites
Técnica colonoscópica básica	Conhecimento dos materiais e opções para polipectomia
Conhecimento e registro das complicações	Reconhecimento e resolução das alças
Habilidades	
Taxa de intubação cecal	Habilidade de coordenação olho-mão
Detecção e remoção de pólipos	Paciência e precisão
Competência nas técnicas intervencionistas	Movimentos sutis e leves
Avaliação da mucosa	Insuflação minimizada
	Posicionamento ideal para intervenção
	“Sensação” do equipamento

Fonte: (EKKELENKAMP, 2014)

Este trabalho agrega alguns aspectos não constantes em formulários pré-existentes como reconhecimento de seus limites, paciência, precisão, reconhecimento das complicações, conhecimento do material e do equipamento (EKKELENKAMP, 2014).

Dentro do que pudemos inferir a partir da análise documental e das entrevistas com supervisores, podemos notar que há uma correlação interessante com os critérios de competência da literatura internacional, sendo que buscamos um entendimento mais semelhante ao de Ekkelenkamp, baseado na abordagem individual, não definida por um número fixo de procedimentos, mas sim pela competência adquirida de cada aprendiz.

Apesar de haver citação da necessidade de um sistema de avaliação adequado do residente, tanto na análise curricular quanto na entrevista com os supervisores, não há menção em nenhum momento de como esta avaliação pode ser feita. Buscando na literatura, observamos alguns exemplos de ferramentas, tanto direcionadas para a endoscopia quanto para uso na residência em geral.

O *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME), principal órgão responsável pela acreditação de programas de treinamento médico nos Estados Unidos (incluindo internato e residência médica) possui um programa de

descrição de competências e subcompetências esperadas para cada fase da residência e do internato, denominado *Milestones*. Este programa possui um modelo esquematizado com o desenvolvimento esperado para cada competência, como demonstrado abaixo. Os residentes são avaliados de acordo com este modelo duas vezes por ano (“ACGME Home”, [s.d.]; HOLMBOE; EDGAR; HAMSTRA, 2016) como esquematizado no Quadro:

Quadro 8 Descrição dos níveis de desempenho durante o desenvolvimento de uma competência

Competência / Subcompetência				
Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
O que se espera de um residente iniciante?	Quais as conquistas para um residente que melhorou desde a chegada, mas ainda está aquém do esperado no meio da residência?	Quais os principais marcos do desenvolvimento no meio da residência?  O que ele deveria estar fazendo bem, dentro da especialidade neste ponto?	Como se parece um residente prestes a se formar?  Quais conhecimentos, habilidades e atitudes adicionais ele obteve?  Ele está pronto para a certificação?	Metas avançadas – além das expectativas.

Fonte: (HOLMBOE; EDGAR; HAMSTRA, 2016)

Neste programa americano, cada especialidade foi responsável, através de grupos de trabalho, em desenvolver as competências que julgava necessárias para a formação dos especialistas. (HOLMBOE; EDGAR; HAMSTRA, 2016).

Outra proposta bastante difundida atualmente é a das Atividades Profissionais Confiáveis (*Entrustable Professional Activities - EPA*). Estas são práticas profissionais que poderiam ser confiadas a um aprendiz suficientemente competente. Entende-se que dentro de uma denominada competência, pode haver diversas EPAs. Dentro de um programa voltado para a aquisição de competências, cada uma destas atividades pode ser avaliada gradualmente. Principalmente se temos em conta a formação do médico residente, cujo objetivo é sempre uma atividade profissional (TEN CATE et al., 2015).

Para avaliação de competências específicas do médico endoscopista, observamos na literatura a utilização de alguns critérios e ferramentas. Nos Estados Unidos, por exemplo, para atingir o grau de gastroenterologista, tendo em vista que

a endoscopia não existe como especialidade, o médico deve ter feito formação em medicina interna e mais três anos adicionais em gastroenterologia com experiência em proctoscopia e/ou sigmoidoscopia flexível; endoscopia digestiva alta diagnóstica; colonoscopia, incluindo biópsia e polipectomia; dilatação esofágica; procedimentos terapêuticos em endoscopia digestiva alta e colonoscopia; e biópsia hepática (FAIGEL et al., [s.d.]).

Deve ser capaz de demonstrar habilidade na realização de pelo menos um dos procedimentos acima, incluindo o entendimento de suas indicações, contraindicações, complicações e interpretação de resultados (FAIGEL et al., [s.d.])

Deve ter conhecimento sobre doenças do trato gastrointestinal, incluindo câncer; história natural das doenças do aparelho digestivo em adultos e crianças; manejo de problemas nutricionais; procedimentos cirúrgicos do trato digestivo; uso racional de exames e procedimentos complementares no diagnóstico e manejo das doenças do trato gastrointestinal (FAIGEL et al., [s.d.]).

Do mesmo modo, o cirurgião deve ser formado em instituição credenciada, com realização de um mínimo de 500 procedimentos em áreas do trato digestivo e região abdominal, incluindo aí treinamento em técnicas endoscópicas, particularmente retossigmoidoscopia, colonoscopia, endoscopia digestiva alta e laringoscopia (FAIGEL et al., [s.d.]).

No Brasil, mesmo dentro da SOBED, não observamos o detalhamento das competências esperadas para o médico endoscopista ao fim da residência médica. Tal característica fica bem clara ao analisarmos artigo publicado dentro da própria revista da entidade, onde, ao analisar as características da formação do médico endoscopista, o autor foca na realização de eventos científicos, na produção científica, na realização de estágios no exterior e nos centros de treinamento, valorizando muito pouco a residência médica (MORAIS, 2014).

Existem diversas maneiras de avaliar o médico residente. Nos EUA, por exemplo, ao fim da formação, o médico deve ser avaliado, preferencialmente por um médico endoscopista imparcial, para avaliar a aquisição das competências (FAIGEL et al., [s.d.]).

Optamos, em nossa proposta, pela avaliação de caráter formativo, com periodicidade tal que permita ao residente desenvolver as competências propostas, dentro do período esperado para formação, mas não o impeça de recuperar, caso necessário, um estágio que não tenha sido adequadamente aproveitado.

Utilizaremos, para tal, ferramentas como preceptor minuto, avaliação 360°, autoavaliação e portfólio.

Não podemos, porém, deixar de avaliar o ganho gradual de competências principalmente em relação ao manejo adequado do equipamento de endoscopia e tal avaliação só se mostra fidedigna quando ocorre na prática médica. Em relação à colonoscopia, por exemplo, podemos considerar a intubação cecal como um pré-requisito para a colonoscopia total e, portanto, um dos mais óbvios parâmetros primários para avaliar o processo de aprendizagem neste procedimento. O processo de aprendizagem pode ser avaliado, por exemplo, com a obtenção do controle de navegação, com foco na inserção e no gerenciamento do aparelho, levando à intubação cecal (EKKELENKAMP, 2014).

Apesar de não haver ferramentas de avaliação da aquisição de habilidades definidas na literatura nacional, podemos observar algumas validadas na literatura internacional. A ASGE, por exemplo, em artigo publicado em 2014 apresenta ferramentas de avaliação para aquisição de competências na realização de endoscopia digestiva alta e colonoscopia bastante interessantes por permitirem uma avaliação formativa e gradual, caracterizando a evolução progressiva do aprendiz. Tais formulários podem ser utilizados em diversas etapas da formação, possibilitando o acompanhamento do desenvolvimento do residente (FRIED et al., 2014).

**Figura 1: Formulário da ASGE Assessment of Competency in Endoscopy (ACE). EGD Skills Assessment Tool.**

Residente:	
Preceptor:	
Data do procedimento:	
Tempo de entrada:	
Tempo máximo de intubação distal:	
Tempo de saída:	
1	<p>Conhecimento da indicação e informações médicas pertinentes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ N/A – Residente só observou</li> <li>○ Novato (Pouco conhecimento da história do paciente ou começou a sedação sem saber a indicação)</li> <li>○ Intermediário (Esqueceu dados importantes: alergias, história de cirurgia, coagulograma ou uso de antiagregantes plaquetários)</li> <li>○ Avançado (Esqueceu dados menos importantes)</li> <li>○ Superior (Conhecimento e integração adequados com as informações do paciente)</li> </ul>
2	<p>Manejo do desconforto do paciente durante o procedimento (sedação, insuflação, redução de alças)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ N/A – Residente só observou</li> <li>○ Novato (Não reconhece rapidamente o desconforto do paciente ou requer ajuda)</li> </ul>

	<p>repetidamente)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Intermediário (Reconhece a dor mas não atua de forma adequada)</li> <li>○ Avançado (Reconhecimento e atuação adequados)</li> <li>○ Superior (Avaliação e manejo constantes e adequados)</li> </ul>
3	<p>Qual o ponto mais distante atingido pelo residente sem ajuda?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hipofaringe</li> <li>○ Esôfago distal</li> <li>○ Estômago</li> <li>○ Bulbo duodenal</li> <li>○ Segunda porção do duodeno</li> <li>○ Outros (Pós-cirúrgico, sendo atingida a distância máxima possível)</li> </ul>
4	<p>Controle e técnicas de avanço da ponta do aparelho</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ N/A – Residente só observou</li> <li>○ Novato (Incapaz de intubar o esôfago ou atravessar o piloro sem auxílio)</li> <li>○ Intermediário (Avanço lento, movimentos bruscos, necessita repetidas tentativas para intubar o esôfago ou atravessar o piloro)</li> <li>○ Avançado (Controle razoavelmente fino para intubação, transposição do piloro e avaliação)</li> <li>○ Superior (Técnica segura e eficaz, avanço eficiente do aparelho, sem auxílio)</li> </ul>
5	<p>Visualização adequada da mucosa durante a retirada (incluindo retrovisão)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ N/A – Residente só observou</li> <li>○ Novato (Dificuldade com a retrovisão, requer auxílio para visualizar partes significativas da mucosa)</li> <li>○ Intermediário (Capaz de visualizar boa parte da mucosa, mas requer orientação para reavaliar áreas perdidas)</li> <li>○ Avançado (Capaz de visualizar adequadamente a maior parte da mucosa sem auxílio)</li> <li>○ Superior (Visualização competente mesmo em anatomia difícil com bom uso de técnicas de aspiração e limpeza)</li> </ul>
6	<p>Identificação / Interpretação de alterações</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ N/A – Exame normal (Pular para o item 7)</li> <li>○ Novato (Reconhecimento ruim das anormalidades. Perde ou não reconhece alterações significativas)</li> <li>○ Intermediário (Reconhece achados anormais, mas não consegue interpretá-los. Ex.: Eritema)</li> <li>○ Avançado (Reconhece e interpreta corretamente as anormalidades. Ex.: Eritema sugestivo de gastrite)</li> <li>○ Superior (Identificação e avaliação correta das alterações. Ex.: Eritema com erosões é sugestivo de gastropatia por AINEs)</li> </ul>
7	<p>Intervenções executadas pelo residente (CHECAR TODAS QUE SE APLICAM):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ N/A – O residente não realizou nenhuma intervenção (Pular pro item 8)</li> <li>○ Biópsia</li> <li>○ Ligadura elástica</li> <li>○ Gastrostomia endoscópica</li> <li>○ Ablação de lesão vascular</li> <li>○ Injeção submucosa</li> <li>○ Hemostasia (Clipes, eletrocautério)</li> <li>○ Dilatação</li> <li>○ Outros _____</li> </ul>
7a	<p>Qual foi a participação do residente nas manobras terapêuticas (seleção e utilização dos acessórios)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Novato (Realizou com auxílio significativo)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Intermediário (Realizou com pouco auxílio ou orientação significativa)</li> <li>○ Avançado (Realizou sozinho com pouca orientação)</li> <li>○ Superior (Realizou sozinho)</li> </ul>
8	<p>Habilidades em geral no manejo do aparelho</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ N/A – Residente só observou</li> <li>○ Novato (Aprendendo movimentos básicos; requer auxílio e orientação significativos)</li> <li>○ Intermediário (Adquiriu habilidades motoras básicas mas requer auxílio limitado e/ou orientação significativa)</li> <li>○ Avançado (Capaz de realizar sozinho com alguma orientação e/ou requer tempo ampliado)</li> <li>○ Superior (Realiza o procedimento sozinho)</li> </ul>
9	<p>Avaliação cognitiva em geral</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ N/A – Residente só observou</li> <li>○ Novato (Necessita sugestão, correção ou instrução básica)</li> <li>○ Intermediário (Necessita correção ou auxílio intermitentes)</li> <li>○ Avançado (Consciente, com boa interpretação e tomada de decisões)</li> <li>○ Superior (Competente para fazer interpretações e decisões de tratamento de forma independente)</li> </ul>

Fonte: (FRIED et al., 2014) – Tradução do autor

**Figura 2: Formulário da ASGE Assessment of Competency in Endoscopy (ACE). Colonoscopy Skills Assessment Tool.**

Residente: Preceptor: Data do procedimento: Tempo de entrada: Tempo máximo de intubação distal: Tempo de saída:	
1	<p>Conhecimento da indicação e informações médicas pertinentes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ N/A – Residente só observou</li> <li>○ Novato (Pouco conhecimento da história do paciente ou começou a sedação sem saber a indicação)</li> <li>○ Intermediário (Esqueceu dados importantes: alergias, história de cirurgia, coagulograma ou uso de antiagregantes plaquetários)</li> <li>○ Avançado (Esqueceu dados menos importantes)</li> <li>○ Superior (Conhecimento e integração adequados com as informações do paciente)</li> </ul>
2	<p>Manejo do desconforto do paciente durante o procedimento (sedação, insuflação, redução de alças)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ N/A – Residente só observou</li> <li>○ Novato (Não reconhece rapidamente o desconforto do paciente ou requer ajuda repetidamente)</li> <li>○ Intermediário (Reconhece a dor mas não atua de forma adequada)</li> <li>○ Avançado (Reconhecimento e atuação adequados)</li> <li>○ Superior (Avaliação e manejo constantes e adequados)</li> </ul>
3	<p>Uso eficaz e eficiente do ar, água e aspiração</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ N/A – Residente só observou</li> <li>○ Novato (Intervenção repetida por muito/pouco ar, limpeza inadequada aspiração recorrente da mucosa)</li> <li>○ Intermediário (Intervenção ocasional por muito/pouco ar, limpeza inadequada aspiração recorrente da mucosa)</li> <li>○ Avançado (Uso adequado do ar, água e aspiração, podendo melhorar a eficiência)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Superior (Manejo efetivo e eficaz do ar, água e aspiração)</li> </ul>
4	<p>Identificação da luz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ N/A – Residente só observou</li> <li>○ Novato (Só reconhece a luz por visão direta)</li> <li>○ Intermediário (Interpreta grosseiramente grandes pregas para auxiliar na localização da luz)</li> <li>○ Avançado (Utiliza sinais indiretos de localização da luz, mas com dificuldade)</li> <li>○ Superior (Localiza a luz de forma rápida e segura a partir de sinais sutis)</li> </ul>
5	<p>Técnica de direcionamento do endoscópio durante o avanço</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ N/A – Residente só observou</li> <li>○ Novato (Uso constante das duas mãos nos controles de direção; incapaz de realizar duas manobras ao mesmo tempo)</li> <li>○ Intermediário (Uso frequente das duas mãos nos controles de direção; uso limitado de manobras simultâneas)</li> <li>○ Avançado (Uso frequente de manobra de rotação; utiliza manobras simultâneas)</li> <li>○ Superior (Combina manobras simultâneas de introdução sem esforço, mesmo em ângulos mais difíceis)</li> </ul>
6	<p>Controle fino da ponta do aparelho</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ N/A – Residente só observou</li> <li>○ Novato (Controle grosseiro do aparelho)</li> <li>○ Intermediário (Controle fino limitado; tem dificuldade de introduzir acessórios)</li> <li>○ Avançado (Falta controle fino para manter a luz ou localizar lesões em ângulos difíceis)</li> <li>○ Superior (Controle excelente, mesmo em situações difíceis)</li> </ul>
7	<p>Técnicas de redução de alças (retificação, pressão externa, mudança na posição do paciente)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ N/A – Residente só observou</li> <li>○ Novato (Incapaz de reduzir/evitar alças sem auxílio)</li> <li>○ Intermediário (Necessita orientação considerável em quando ou como executar manobras de redução de alças)</li> <li>○ Avançado (Capaz de reduzir/evitar alças com orientação limitada)</li> <li>○ Superior (Capaz de reduzir/evitar alças sem orientação)</li> </ul>
8	<p>Qual o ponto anatômico mais distal alcançado sem auxílio?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ N/A – Residente só observou ou exame não completado</li> <li>○ Reto</li> <li>○ Sigmóide</li> <li>○ Flexura esplênica</li> <li>○ Flexura hepática</li> <li>○ Ceco sem tentar entrar no íleo</li> <li>○ Ceco sem conseguir entrar no íleo</li> <li>○ Íleo terminal</li> <li>○ Outros (Pós-operatório, tendo atingido o ponto mais distal possível)</li> </ul>
9	<p>Visualização adequada da mucosa durante a retirada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ N/A – Residente só observou</li> <li>○ Novato (Não visualiza partes significativas da mucosa ou requer auxílio)</li> <li>○ Intermediário (Capaz de visualizar boa parte da mucosa, mas requer orientação para reavaliar áreas perdidas)</li> <li>○ Avançado (Capaz de visualizar adequadamente a maior parte da mucosa sem auxílio)</li> <li>○ Superior (Boa visualização em ângulos e pregas difíceis e bom uso de técnicas de</li> </ul>

	aspiração e limpeza)
10	<p>Identificação / Interpretação de alterações</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ N/A – Exame normal (Pular para o item 11)</li> <li>○ Novato (Reconhecimento ruim das anormalidades. Perde ou não reconhece alterações significantes)</li> <li>○ Intermediário (Reconhece achados anormais, mas não consegue interpretá-los. Ex.: Eritema)</li> <li>○ Avançado (Reconhece e interpreta corretamente as anormalidades. Ex.: Eritema sugestivo de colite)</li> <li>○ Superior (Identificação e avaliação correta das alterações. Ex.: Colite leve sugestiva de RCUI)</li> </ul>
10a	<p>Detecção de pólipos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ N/A – Não havia pólipos</li> <li>○ Nenhum (Instrutor identificou todos os pólipos)</li> <li>○ Alguns (Identificou pelo menos um, mas não todos os pólipos presentes)</li> <li>○ Todos (Identificou todos os pólipos sozinho)</li> </ul>
10b	<p>Localização da lesão/doença</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Novato (Incapaz de usar pontos anatômicos para identificar a localização no cólon)</li> <li>○ Intermediário (Entende os pontos anatômicos, mas não os reconhece ou utiliza para tomada de decisões)</li> <li>○ Avançado (Bom entendimento e reconhecimento dos pontos anatômicos, mas se utiliza de localização genérica. Ex.: Cólon direito)</li> <li>○ Superior (Localização bastante específica)</li> </ul>
11	<p>Intervenções executadas pelo residente (CHECAR TODAS QUE SE APLICAM):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ N/A – O residente não realizou nenhuma intervenção (Pular pro item 12)</li> <li>○ Biópsia</li> <li>○ Polipectomia com alça</li> <li>○ Ablação de lesão vascular</li> <li>○ Injeção submucosa</li> <li>○ Hemostasia (Clipes, eletrocautério)</li> <li>○ Outros _____</li> </ul>
11a	<p>Qual foi a participação do residente nas manobras terapêuticas (utilização dos acessórios)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ N/A – Só observou</li> <li>○ Novato (Realizou com auxílio significativo)</li> <li>○ Intermediário (Realizou com pouco auxílio ou orientação significativa)</li> <li>○ Avançado (Realizou sozinho com pouca orientação)</li> <li>○ Superior (Realizou sozinho)</li> </ul>
11b	<p>Conhecimento do residente sobre as ferramentas terapêuticas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ N/A – Só observou</li> <li>○ Novato (Inseguro sobre as possíveis ferramentas indicadas para a afecção em questão)</li> <li>○ Intermediário (Capaz de identificar as possíveis ferramentas a serem utilizadas mas inseguro em dizer qual a melhor)</li> <li>○ Avançado (Seleciona a ferramenta correta com alguma orientação)</li> <li>○ Superior (Identifica a ferramenta e uso adequados)</li> </ul>
12	<p>Habilidades em geral no manejo do aparelho</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ N/A – Residente só observou</li> <li>○ Novato (Aprendendo movimentos básicos; requer auxílio e orientação significativos)</li> <li>○ Intermediário (Adquiriu habilidades motoras básicas mas requer auxílio limitado e/ou</li> </ul>



	<p>orientação significativa)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Avançado (Capaz de realizar sozinho com alguma orientação e/ou requer tempo ampliado)</li> <li>○ Superior (Realiza o procedimento sozinho)</li> </ul>
13	<p>Avaliação cognitiva em geral</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ N/A – Residente só observou</li> <li>○ Novato (Necessita sugestão, correção ou instrução básica)</li> <li>○ Intermediário (Necessita correção ou auxílio intermitentes)</li> <li>○ Avançado (Consciente, com boa interpretação e tomada de decisões)</li> <li>○ Superior (Competente para fazer interpretações e decisões de tratamento de forma independente)</li> </ul>

Fonte: (FRIED et al., 2014) – Tradução do autor

A CPRE, por outro lado, é um dos procedimentos mais difíceis da endoscopia digestiva e para atingir a competência necessária para realizá-lo, é necessário um treinamento mais prolongado. Alguns programas falam em 100 a 200 procedimentos. Avaliar a competência do aprendiz neste caso é difícil e alguns autores sugerem uma avaliação objetiva quanto a resultados, como taxa de canulação do colédoco ou sucesso terapêutico. Segundo a ASGE, o aprendiz é considerado competente quando consegue canular a via biliar em 80-85% das tentativas (EKKELENKAMP, 2014).

Uma outra proposta de avaliação do residente em relação à aquisição de competência na realização da CPRE é o Formulário de Roterdã para Avaliação de CPRE, baseado em dados objetivos e subjetivos, conforme visto abaixo:

Figura 3: Formulário de Rotterdam Assessment Form for ERCP.

**1. Avaliação Objetiva**

Indicação:     Cálculos                    (1)     Fístula biliar / trauma(5)  
                    Estenose benigna (2)             Troca de prótese    (6)  
                    Estenose maligna (3)            Pancreatite crônica (7)  
                    ICEP                                    (4)     Outra                    (8)

Papila virgem de tratamento     sim     não  
 Falha em CPRE prévia             sim     não  
 Grau de dificuldade da CPRE     1     2     3

**2. Avaliação Subjetiva:**

S = sucesso    P = parcial    F = falha                    Escala Visual de Auto-Avaliação para CPRE

	S	P	F	0	10
Canulação do colédoco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Canulação do Wirsung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Papilotomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pré-corte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Retirada do cálculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Colocação de prótese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Intervenção pancreática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**3. Plano de Melhoria:**

Qual é a situação? \_\_\_\_\_  
 Qual é o problema? \_\_\_\_\_  
 Como deve ser feito? \_\_\_\_\_  
 Qual a estratégia de melhora? \_\_\_\_\_

Grau de dificuldade	Procedimentos biliares	Procedimentos pancreáticos
Grau 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colangiografia diagnóstica</li> <li>• Citologia biliar</li> <li>• Retirada de pedras ≤ 10 mm</li> <li>• Dilatação de estenose / colocação de prótese / dreno nasobiliar em estenoses extra-hepáticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pancreatografia diagnóstica</li> <li>• Citologia pancreática</li> </ul>
Grau 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retirada de pedras &gt; 10 mm</li> <li>• Dilatação de estenose / colocação de prótese / dreno nasobiliar em estenoses intra-hepáticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Canulação da papila menor</li> </ul>
Grau 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anastomose BII</li> <li>• Extração de cálculo intra-hepático</li> <li>• Extração de cálculo com litotripsia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimentos terapêuticos pancreáticos, incluindo drenagem de pseudocistos</li> </ul>

Fonte: (EKKELENKAMP, 2014) – Tradução do autor

Quanto ao ultrassom endoscópico, a ASGE estabelece um número mínimo de procedimentos para conferir competência ao médico endoscopista:

- Tumores mucosos: 75
- Lesões submucosas: 40
- Lesões mucosas e submucosas: 100
- Pancreaticobiliar: 75
- Punção ecoguiada
  - o Não-pancreática: 25
  - o Pancreática: 25

A ASGE recomenda treinamento adicional após a formação básica para médicos que pretendam realizar exames com cápsula endoscópica, além de recomendar que seus primeiros 10 exames sejam revistos por profissionais experientes, para que se verifique sua competência.

A presença de uma preceptoria qualificada e em quantidade adequada também é citada na análise documental e na entrevista com supervisores. A resolução da CNRM nº 2 de 2005 preconiza, em seu artigo 23, a proporção mínima de um médico do corpo clínico, em regime de tempo integral, para 06 (seis) residentes, ou de 02 (dois) médicos do corpo clínico, em regime de tempo parcial, para 03 (três) médicos residentes (BRASIL. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, 2005).

A maneira de atuação do preceptor também pode ser avaliada. No Reino Unido, onde um supervisor sempre atua durante as colonoscopias, os aprendizes têm uma curva de aprendizado acentuada. Na Holanda, quando os aprendizes atingem certo nível de competência, há mudança de padrão de supervisão para “atenção a pedido”. Estima-se que pequenas correções não solicitadas podem passar despercebidas, atrasando o aprendizado (EKKELENKAMP, 2014).

Em nossa proposta, seguindo-se a proporção preconizada pela CNRM, acreditamos na necessidade de presença constante do supervisor, especialmente nas fases iniciais de treinamento, proporcionando maior autonomia do aprendiz, com o decorrer das etapas de aprendizado.

Dentro das características do programa, pudemos notar a indicação do levantamento de campo em relação à necessidade de uma infraestrutura adequada. Atualmente no Brasil, todos os locais de realização de procedimentos endoscópicos

seguem resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que devem ser respeitadas. Dentro destas resoluções encontram-se definidos a infraestrutura mínima de cada serviço, tanto em termos de ambiente físico quanto de equipamentos (BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, 2013).

Além dessa estrutura básica, alguns autores, sugerem a atuação do médico residente em modelos de simulação antes da atuação no paciente real, apesar de ainda se questionar a validade de transferência da competência do simulador para o paciente real. Apesar de haver evidências que o treinamento simulado acelera a curva de aprendizado, o mesmo não se pode dizer da superioridade deste tipo de treinamento em relação ao treinamento no paciente (EKKELENKAMP, 2014).

Para treinamento de aprendizes, foram testados ainda alguns equipamentos, como um dispositivo que, através de campos eletromagnéticos, indica a posição do colonoscópio no cólon do paciente durante o exame (EKKELENKAMP, 2014).

Dentro de nossa proposta, procuraremos seguir a legislação indicada pela ANVISA, mas não temos ainda indicativo do uso de simuladores ou outro tipo de dispositivo para treinamento dos aprendizes.

Outros itens, menos evidenciados durante a pesquisa de campo, também farão parte de nossa proposta, tais como a possibilidade de convênio com outra instituição, a integração entre ensino e assistência, a clareza na definição do perfil do egresso e a existência de normas bem definidas.

## **6.1 Proposta de Currículo**

Desenhamos este currículo de acordo com o propósito a que serve. Tem embutido os valores e avaliação do serviço e da equipe. Procura englobar a experiência do aprendiz e do contexto de aprendizagem. Serve como guia não só para o professor, mas principalmente para o aprendiz (GRANT, 2006).

A intenção deste currículo é permitir que um maior número de pacientes seja assistido por endoscopistas melhores formados. Endoscopistas sem formação adequada podem causar um maior número de complicações, além de maior chance de errar em seus diagnósticos prejudicando o tratamento do paciente. Além disso, é de responsabilidade das instituições que seus pacientes sejam atendidos pelos melhores médicos (FAIGEL et al., [s.d.]).

Quando se fala nas competências necessárias para o médico endoscopista, é preciso definir quais conhecimentos, habilidades e atitudes se fazem necessárias para que o médico possa executar, interpretar e manejar os achados encontrados durante um exame endoscópico, minimizando ao máximo os riscos inerentes ao procedimento (FAIGEL et al., [s.d.]).

Além disso, procuramos ressaltar neste currículo, dentro do contexto que ele aborda:

a formação de médicos capazes de resolver problemas de saúde, integrar-se em equipes multiprofissionais, reconhecer as determinações sociais, subjetivas e biológicas da saúde/doença, elaborar planos terapêuticos articulados a essas determinações, construir vínculos e assumir responsabilidade em lidar com a cura e a reabilitação dos seus pacientes (HAFNER et al., 2010)

Busca-se, com a maior participação do médico especialista na atenção básica e com um projeto de Educação em saúde com a comunidade, ampliar o grau de autonomia do usuário, aumentando sua capacidade de entender suas carências dentro da área de saúde e tornando-o sujeito ativo e participante no processo de produção de saúde (HAFNER et al., 2010).

Procurando trabalhar junto com os profissionais de atenção básica, empenhamo-nos no sentido de relacionar a prática da formação à assistência prestada à população e inserir o serviço de endoscopia digestiva dentro da cadeia de cuidados progressivos à saúde, entendida como uma:

Rede de ações e serviços de diferentes resolutividades que se integram de maneira intercomplementar para assegurar o cuidado integral à saúde e garantir o acesso ao conjunto de serviços necessários para resolver as necessidades assistenciais dos usuários, substituindo as hierarquias racionalistas pelas possibilidades reais de acolhimento das pessoas. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-EXECUTIVA. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2013)

Optamos ainda pela adoção de metodologias ativas no canal teórico, visto que, segundo diversos autores, estas permitem a formação de um médico mais ético, crítico, reflexivo e transformador, além de um treinamento puramente técnico. Além disso, pensando no curto espaço de tempo durante o qual o médico fica na residência se comparado ao tempo de atividade profissional, durante o qual o conhecimento médico vai evoluindo, este tipo de pensamento auxilia o residente a aprender a aprender (MITRE et al., 2008).

O número de preceptores necessários é determinado por resolução da CNRM que indica:

a proporção mínima de um médico do corpo clínico, em regime de tempo integral, para 06 (seis) residentes, ou de 02 (dois) médicos do corpo clínico, em regime de tempo parcial, para 03 (três) médicos residentes (BRASIL. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, 2005)

Em relação ao processo de avaliação do residente, optamos por uma avaliação contínua, formativa, associada ao processo de ensino-aprendizagem, permitindo, assim, acompanhar o desenvolvimento do residente e intervir no sentido de melhorias que auxiliem à resolução de algum déficit ou dificuldade, sempre acompanhado de feedback constante.

Dentro da proposta de currículo, incorporada na necessidade de integração da docência com a assistência, não podem ser ignoradas as resoluções da Agência Brasileira de Vigilância Sanitária (ANVISA), que regem a atuação dos serviços de endoscopia digestiva (BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, 2012, 2013)

Com os dados obtidos na presente pesquisa elaboramos uma proposta de currículo para um Programa de Residência Médica em Endoscopia com a seguinte estrutura:

Quadro 9 Infraestrutura a ser utilizada para o programa proposto

INFRAESTRUTURA			FUNDAMENTAÇÃO DE PESQUISA
FÍSICA	LOCAIS DE ATUAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mínimo de duas salas de exame</li> <li>• Mínimo de três salas para consulta ambulatorial.</li> <li>• Sala de Centro Cirúrgico para CPRE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Resolução CNRM 2/2006.</li> <li>➤ Regulamento dos Centros de Ensino e Treinamento – SOBED.</li> <li>➤ Entrevistas com supervisores – categorias Integração entre ensino e serviço e Infraestrutura adequada.</li> </ul>
	ESTRUTURA HOSPITALAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital de médio/grande porte</li> <li>• Ambulatório.</li> <li>• Emergência aberta ao público.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Resolução CNRM 2/2006.</li> </ul>

	ESTRUTURA DO SERVIÇO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermaria para preparo de colonoscopia</li> <li>• Sala de recuperação pós-anestésica</li> <li>• Área de limpeza e preparo dos aparelhos com fluxo de entrada e saída exclusivos</li> <li>• Armário para acondicionamento de endoscópios</li> </ul>	<p>➤ Resolução CNRM 2/2006</p>
	EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Torres completas de videoendoscopia</li> <li>• Tubos de endoscopia digestiva alta</li> <li>• Tubos de colonoscopia</li> <li>• Duodenoscópio para CPRE</li> <li>• Retossigmoidoscópio rígido</li> <li>• Materiais descartáveis para realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos em endoscopia digestiva alta, colonoscopia e CPRE</li> </ul>	<p>➤ Resolução CNRM 2/2006</p> <p>➤ Entrevistas com supervisores – categorias <b>Integração entre ensino e serviço e Infraestrutura adequada</b></p>
	SUPERVISOR*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boa formação na especialidade e com capacitação para o ensino</li> <li>• Dedicção 40 horas com tempo protegido para a supervisão do programa, conversar com os residentes, acompanhar e aprimorar o programa.</li> </ul>	<p>➤ Resolução CNRM 2/2006</p>
RECURSOS HUMANOS	PRECEPTORES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mínimo de dois preceptores em tempo parcial ou um em tempo integral</li> <li>• Todos especialistas</li> <li>• Preferencialmente titulares da SOBED</li> <li>• Programa de Desenvolvimento Docente</li> </ul>	<p>➤ Resolução CNRM 2/2006</p> <p>➤ Entrevistas com supervisores – categoria <b>Disponibilidade de recursos humanos</b></p>
	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipe de enfermagem atuante e participativa no processo docente</li> <li>• Médicos especialistas disponíveis e integrados ao serviço (patologia, anestesia,</li> </ul>	<p>➤ Entrevistas com supervisores – categoria <b>Disponibilidade de recursos humanos</b></p>

		infectologia, etc.)	
--	--	---------------------	--

\*.Fonte: Elaboração própria

Quadro 10 Características gerais do programa proposto

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PROGRAMA		FUNDAMENTAÇÃO DE PESQUISA
PERFIL DO INGRESSANTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Egresso de Programa de Residência Médica em Clínica Médica ou Cirurgia Geral credenciado pela CNRM</li> <li>Com conhecimento prévio sobre gastroenterologia e cirurgia do aparelho digestivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolução CNRM 2/2006</li> <li>Entrevistas com supervisores – categoria <b>Residentes com boa formação prévia</b></li> </ul>
NÚMERO DE INGRESSANTES POR ANO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de ingressantes proporcional ao volume do serviço (1 residente / 140 exames/ano)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolução CNRM 2/2006</li> <li>Entrevistas com supervisores – categoria <b>Integração entre ensino e serviço</b></li> </ul>
DURAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Duração de dois anos*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolução CNRM 2/2006</li> <li>Entrevistas com supervisores – categoria <b>Abordagem prática na formação</b></li> </ul>
DISPOSIÇÃO DE CARGA HORÁRIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>90% treinamento em serviço supervisionado</li> <li>10% atividades teórico-complementares, com uso de metodologias ativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolução CNRM 2/2006</li> <li>Entrevistas com supervisores – categoria <b>Abordagem teórica na formação e Treinamento em serviço</b></li> </ul>
CONVÊNIOS COM OUTRAS INSTITUIÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Convênio com outras instituições para complementação da formação, caso necessário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolução CNRM 2/2006</li> </ul>

\*Compreende-se que, embora esta seja uma recomendação ancorada nos achados de pesquisa, é necessário discutir este prazo rígido para a formação do endoscopista. Fonte: Elaboração própria

Consolidando os dados obtidos na presente pesquisa, o currículo a ser elaborado deve ter algumas características, tais como:

- Programa pedagógico bem definido:
  - o Organização de canal teórico e treinamento em serviço.
  - o Objetivos claros



- Conteúdos explicitados
- Definição da metodologia a ser empregada
- Avaliação do processo ensino/aprendizagem proposta
- Regimento bem definido
- Clareza na definição de perfil do egresso
- Canal teórico com:
  - Diversidade de ferramentas de ensino
  - Ensino gradual e escalonado
  - Temas pertinentes ao trato gastrointestinal e suas afecções
  - Conteúdo teórico sobre endoscopia digestiva
  - Fundamentos de epidemiologia clínica e evidência científica
  - Contato com outras especialidades (cirurgia, cardiologia, anestesia)
- Treinamento em serviço supervisionado com:
  - Treinamento simulado
  - Treinamento em procedimentos endoscópicos
  - Diversidade de cenários (ambulatório, centro de endoscopia)
  - Distribuição organizada das atividades
  - Ensino gradual e escalonado
  - Abordagem atitudinal e comportamental,
- Avaliação do residente:
  - Utilizando ferramentas diversificadas
  - Com periodicidade determinada
  - Que gere feedback para o residente
  - Com clareza nos critérios de aprovação e exclusão
  - Trabalho de conclusão de curso
  - Participação e publicação de trabalhos em eventos científicos

Dentro destas características, propomos um currículo baseado em competências, tais como entendidas por Frank e colaboradores (2010), contextualizado dentro da realidade local e seguindo os passos preconizados pelos mesmos autores para o desenho deste tipo de currículo:

1. Identificar o perfil desejado para o egresso
2. Definir as competências necessárias e seus componentes

3. Definir níveis de desenvolvimento esperados ao longo da aquisição das competências.
4. Selecionar atividades educacionais, experiências e métodos de ensino
5. Selecionar ferramentas de avaliação para mensurar o progresso do médico residente
6. Desenhar uma avaliação dos resultados do programa

O perfil do egresso desejado é do médico endoscopista, que realize os principais procedimentos endoscópicos diagnósticos e terapêuticos de maneira segura e eficaz, respeitando o paciente como um todo, com vínculo e disponibilidade, em seus aspectos biopsicossocial e espiritual, respeitando e acolhendo as diferenças e integrado à rede de assistência à saúde e cuidados, adaptando-se e, de forma crítica, transformando quando necessário os cenários de prática.

O segundo passo foi respondido a partir da análise documental e das entrevistas realizadas com os supervisores de programa. Está organizado junto com as demais informações em estrutura modular para facilitar o entendimento e a progressão de atividades e treinamentos, de acordo com o preconizado acima.

Quadro 11 Proposta de Currículo Baseado em Competências para um Programa de Residência Médica em Endoscopia Digestiva

<b>COMPETÊNCIA 1 - CONHECER O FUNCIONAMENTO DOS APARELHOS UTILIZADOS NA ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b>					
<b>Desempenhos esperados</b>		<b>Conteúdo</b>	<b>Estratégias de ensino</b>	<b>Cenários</b>	<b>Avaliação</b>
CONHECIMENTOS	- Histórico e teoria do funcionamento dos aparelhos de endoscopia digestiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- História da endoscopia</li> <li>- Funcionamento e montagem dos aparelhos de endoscopia</li> <li>- Funcionamento do bisturi elétrico</li> <li>- Funcionamento e montagem do set de vídeo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preleção dialogada</li> <li>- Situações- problema</li> <li>- Demonstração prática da montagem dos aparelhos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala de aula</li> <li>- Setor de endoscopia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação sistemática</li> <li>- Auto avaliação</li> <li>Avaliação prática – montagem dos aparelhos</li> </ul>
HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descrever o funcionamento dos aparelhos de endoscopia digestiva</li> <li>- Montar e verificar o funcionamento dos aparelhos de endoscopia digestiva</li> </ul>				
ATITUDES	- Compromisso com o funcionamento correto dos aparelhos de endoscopia digestiva				

<b>COMPETÊNCIA 2 - CONHECER O PROCESSO DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS APARELHOS DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b>					
	<b>Desempenhos esperados</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Estratégias de ensino</b>	<b>Cenários</b>	<b>Avaliação</b>
CONHECIMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Legislação da ANVISA</li> <li>- Teoria dos processos de limpeza e desinfecção dos aparelhos de endoscopia digestiva</li> <li>- Funcionamento dos principais agentes desinfetantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Legislação da Anvisa</li> <li>- Literatura científica</li> <li>- Propriedades e utilização das saneantes e desinfetantes</li> <li>- Funcionamento do sector e dos acessórios de limpeza dos aparelhos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preleção dialogada</li> <li>- Situações problema</li> <li>- Demonstração prática da limpeza e desinfecção dos aparelhos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala de aula</li> <li>- Setor de endoscopia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação sistemática</li> <li>- Autoavaliação</li> <li>- Avaliação prática – limpeza e desinfecção dos aparelhos</li> </ul>
HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descrever a legislação em vigor relacionada à limpeza e desinfecção dos aparelhos de endoscopia digestiva</li> <li>- Realizar e orientar a limpeza e desinfecção dos aparelhos de endoscopia digestiva</li> <li>- Descrever o funcionamento e indicação dos principais agentes desinfetantes</li> </ul>				
ATITUDES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pró-atividade para a limpeza inicial e orientação da limpeza e desinfecção dos aparelhos de endoscopia digestiva</li> <li>- Preocupação com a correta limpeza e desinfecção dos aparelhos, priorizando a segurança do paciente</li> </ul>				

<b>COMPETÊNCIA 3 - SABER INDICAR E REALIZAR O PREPARO DOS PACIENTES QUE SERÃO SUBMETIDOS A PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS</b>					
<b>Desempenhos esperados</b>		<b>Conteúdo</b>	<b>Estratégias de ensino</b>	<b>Cenários</b>	<b>Avaliação</b>
<b>CONHECIMENTOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnese e exame físico</li> <li>- Necessidades de preparo do paciente, de acordo com o exame a ser realizado</li> <li>- Indicações de antibioticoprofilaxia</li> <li>- Necessidades de manejo de anticoagulantes e antirombóticos prévios aos exames de endoscopia digestiva</li> <li>- Necessidades de adaptação dos preparos para pacientes especiais (extremos de idade, gestantes, lactantes, pós-operatório, portadores de doenças crônicas)</li> <li>- Características das medicações utilizadas no preparo dos pacientes para procedimentos endoscópicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicações de preparo para cada tipo de procedimento endoscópico, respeitando as características individuais de cada paciente</li> <li>- Anatomia cirúrgica de pacientes em pós-operatório</li> <li>- Medicações e substâncias utilizadas no preparo de pacientes</li> <li>- Riscos de infecção e indicações de antibioticoprofilaxia</li> <li>- Anatomia e fisiologia dos pacientes em extremos de idade e em situações de gestação e lactância</li> <li>- Utilização de medicações em pacientes em extremos de idade e em situações de gestação e lactância</li> <li>- Farmacologia dos medicamentos antitrombóticos e anticoagulantes; indicações de interrupção e orientação para reintrodução após procedimentos endoscópicos.</li> <li>- Contraindicações de procedimentos endoscópicos em pacientes usuários de medicações antitrombóticas e anticoagulantes.</li> <li>- Guidelines da ASGE e SOBED</li> <li>- Literatura científica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preleção dialogada com médicos cardiologistas, pediatras, obstetras e cirurgiões.</li> <li>- Situações problema</li> <li>- Reuniões de serviço da cancerologia cirúrgica, cirurgia geral, clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia.</li> <li>- Atendimento supervisionado em ambulatório de avaliação prévia.</li> <li>- Pareceres supervisionados em enfermaria de clínica médica, cirurgia, pediatria e ginecologia e obstetrícia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala de aula</li> <li>- Ambulatório</li> <li>- Enfermarias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação sistemática</li> <li>- Autoavaliação</li> <li>- Avaliação prática – atendimento ambulatorial e parecer em enfermaria</li> <li>- Avaliação 360º - supervisor, internos, pacientes e acompanhantes</li> <li>- Preceptor 1 minuto</li> </ul>
<b>HABILIDADES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar anamnese e exame físico pertinentes que o permitam reconhecer e adaptar os preparos a cada tipo de paciente</li> <li>- Reconhecer as necessidades de cada paciente para cada exame a ser realizado e adequar o preparo para cada paciente em todo o seu contexto biopsicossocial</li> <li>- Orientar os pacientes de maneira clara e eficiente acerca do exame a ser realizado e do preparo necessário para tal exame</li> </ul>				
<b>ATITUDES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atenção e preocupação com o preparo dos pacientes de modo a otimizar a realização dos exames, reduzindo riscos e remarcações desnecessárias</li> </ul>				

<b>COMPETÊNCIA 4 - SABER INDICAR E REALIZAR A SEDAÇÃO ADEQUADA PARA OS PACIENTES A SEREM SUBMETIDOS A PROCEDIMENTOS DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA</b>					
<b>Desempenhos esperados</b>		<b>Conteúdo</b>	<b>Estratégias de ensino</b>	<b>Cenários</b>	<b>Avaliação</b>
CONHECIMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipos de sedação existentes e necessários para os procedimentos de endoscopia digestiva alta</li> <li>- Agentes farmacológicos utilizados, assim como suas características, indicações, contra-indicações, complicações em potencial e agentes reversores</li> <li>- Necessidade de monitorização e acompanhamento dos pacientes submetidos a sedação para procedimentos de endoscopia digestiva alta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Farmacologia dos principais agentes sedativos e seus reversores</li> <li>- Técnicas e acessórios para punção venosa periférica</li> <li>- Indicações e contra-indicações para o uso de agentes sedativos</li> <li>- Cuidados com o paciente durante realização de sedação</li> <li>- Reconhecimento, prevenção e tratamento das complicações da sedação</li> <li>- Intubação oro-traqueal, monitorização, oxigenioterapia</li> <li>- Tipos de sedação</li> <li>- Guidelines da ASGE e da SOBED</li> <li>- Literatura científica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preleção dialogada com médicos anestesistas e intensivistas.</li> <li>- Situações problema</li> <li>- Treinamento prático de intubação oro-traqueal e punção periférica em laboratório de habilidades</li> <li>- Realização de punção venosa periférica e administração de sedação sob supervisão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala de aula</li> <li>- Sala de endoscopia digestiva alta</li> <li>- Laboratório de habilidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação sistemática</li> <li>- Autoavaliação</li> <li>- Avaliação prática – punção venosa periférica e administração de sedação</li> <li>- Avaliação 360º - supervisor, internos, pacientes e acompanhantes</li> <li>- Preceptor 1 minuto</li> </ul>
HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar a realização de sedação, de acordo com o paciente a ser examinado, o tipo de exame a ser realizado</li> <li>- Puncionar com segurança e eficácia veias periféricas para administração dos sedativos</li> <li>- Atuar e reverter complicações inerentes à sedação</li> <li>- Adaptar a sedação para pacientes especiais (extremos de idade, gestantes, lactantes, usuários de medicações)</li> </ul>				
ATITUDES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pró-atividade, zelo e cautela na realização de sedação, de acordo com o paciente a ser examinado, o tipo de exame a ser realizado</li> <li>- Atenção na monitorização do paciente</li> <li>- Segurança e eficácia na reversão das possíveis complicações da sedação</li> </ul>				

<b>COMPETÊNCIA 5 - REALIZAR EXAMES DIAGNÓSTICOS DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA</b>					
<b>Desempenhos esperados</b>		<b>Conteúdo</b>	<b>Estratégias de ensino</b>	<b>Cenários</b>	<b>Avaliação</b>
CONHECIMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicações e contra-indicações de exames diagnósticos em endoscopia digestiva alta considerando as alternativas propedêuticas</li> <li>- Teoria da realização dos exames de endoscopia digestiva alta</li> <li>- Características normais e alterações patológicas do trato digestivo alto</li> <li>- Sistemas de classificação das principais doenças, utilizados na literatura internacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicações e contraindicações de endoscopia digestiva alta</li> <li>- Técnicas de realização de endoscopia digestiva alta</li> <li>- Aspecto normal do trato gastrointestinal alto</li> <li>- Alterações patológicas do trato gastrointestinal alto</li> <li>- Indicações de biopsias na endoscopia digestiva alta</li> <li>- Indicações de cromoscopia e magnificação na endoscopia digestiva alta</li> <li>- Principais sistemas de classificação das doenças do trato gastrointestinal alto</li> <li>- Confecção de laudo escrito claro</li> <li>- Orientações pós procedimento</li> <li>- Guidelines da ASGE e SOBED</li> <li>- Literatura científica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preleção dialogada.</li> <li>- Situações problema</li> <li>- Treinamento em laboratório de simulação</li> <li>- Acompanhamento de exames de endoscopia fora do trato gastrointestinal (broncoscopia, laringoscopia)</li> <li>- Realização de endoscopia digestiva alta sob supervisão.</li> <li>- Digitação de laudos sob supervisão</li> <li>- Seminários com o supervisor</li> <li>- Sessões conjuntas com patologista clínico</li> <li>- Realização de biopsias, cromoscopia e magnificação sob supervisão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala de aula</li> <li>- Laboratório de simulação</li> <li>- Sala de endoscopia digestiva alta</li> <li>- Sala de laudos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação sistemática</li> <li>- Autoavaliação</li> <li>- Avaliação prática – realização de endoscopia digestiva alta, interpretação dos resultados, confecção de laudo e orientação pós procedimento</li> <li>- Avaliação 360° - supervisor, internos, pacientes e acompanhantes</li> <li>- Preceptor 1 minuto</li> <li>- Ferramenta ASGE</li> </ul>
HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicar e contra-indicar a realização de exames diagnósticos em endoscopia digestiva alta</li> <li>- Realizar exames diagnósticos de endoscopia digestiva alta</li> <li>- Reconhecer as alterações patológicas do trato digestivo alto e indicar procedimentos adicionais pertinentes (biópsias, cromoscopia, etc)</li> <li>- Transcrever para o laudo escrito suas impressões acerca do exame e as orientações pertinentes</li> </ul>				
ATITUDES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segurança e discernimento para indicar e contra-indicar a realização de exames diagnósticos em endoscopia digestiva alta</li> <li>- Proficiência e eficácia na realização de exames de endoscopia digestiva alta, priorizando os interesses e a segurança do paciente</li> <li>- Clareza na realização de laudos, evidenciando alterações encontradas nos exames, assim como nas orientações pertinentes a cada caso</li> </ul>				

<b>COMPETÊNCIA 6 - SABER COMUNICAR-SE E LIDERAR A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ENVOLVIDA COM O SETOR DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b>					
<b>Desempenhos esperados</b>		<b>Conteúdo</b>	<b>Estratégias de ensino</b>	<b>Cenários</b>	<b>Avaliação</b>
CONHECIMENTOS	- Funcionamento e vias de comunicação do setor de endoscopia digestiva	- Funcionamento do setor de endoscopia - Fluxos de solicitação, marcação e entrega de resultados - Aspectos gerenciais do serviço de endoscopia	- Preleção dialogada - Situações problema - Atuação supervisionada no gerenciamento do serviço de endoscopia	- Sala de aula - Serviço de endoscopia	- Avaliação sistemática - Autoavaliação - Preceptor 1 minuto
HABILIDADES	- Comunicar-se e liderar a equipe multiprofissional envolvida com o setor de endoscopia digestiva, respeitando as diferenças de personalidade e atuação de cada um.				
ATITUDES	- Liderança e respeito ao próximo e aos conceitos de inter e transdisciplinaridade				



<b>COMPETÊNCIA 7 - REALIZAR ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A COMUNIDADE</b>					
<b>Desempenhos esperados</b>		<b>Conteúdo</b>	<b>Estratégias de ensino</b>	<b>Cenários</b>	<b>Avaliação</b>
<b>CONHECIMENTOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Principais indicações de realização dos exames de endoscopia digestiva alta e colonoscopia, principalmente no campo da prevenção primária</li> <li>- Fundamentos para a educação em saúde na comunidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Papel do endoscopista na prevenção de agravos do trato gastrointestinal</li> <li>- Epidemiologia das doenças do trato gastrointestinal</li> <li>- Análise de dados epidemiológicos (ênfase na interpretação dos achados)</li> <li>- Estratégias de comunicação e preleção dialogada</li> <li>- Guidelines da ASGE e SOBED</li> <li>- Literatura científica</li> <li>- Plano Nacional de Atenção Básica</li> <li>- Familiograma</li> <li>- Legislação do SUS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preleção dialogada</li> <li>- Situações problema</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidades de saúde de família</li> <li>- Sala de aula</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação 360 – Mensal – Equipe da USF; Supervisor do programa; usuários do sistema</li> <li>- Autoavaliação</li> </ul>
<b>HABILIDADES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver atividades problematizadoras com pequenos grupos.</li> <li>- Dialogar com a população, evidenciando a importância da realização de exames complementares endoscópicos, especialmente no âmbito da medicina preventiva, sem diminuir a importância da avaliação da equipe de atenção básica e respeitando os conhecimentos e valores prévios.</li> <li>- Apresentar preleção dialogada de fácil entendimento que demonstre a importância da realização de exames complementares endoscópicos, especialmente no âmbito da medicina preventiva, sem diminuir a importância da avaliação da equipe de atenção básica, dirimindo as dúvidas da população</li> </ul>				
<b>ATITUDES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Didática, empatia, acolhimento e receptividade para com a população</li> <li>- Respeito e valorização dos conhecimentos prévios</li> </ul>				

<b>COMPETÊNCIA 8 – COLABORAR COM AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NAS UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA</b>					
<b>Desempenhos esperados</b>		<b>Conteúdo</b>	<b>Estratégias de ensino</b>	<b>Cenários</b>	<b>Avaliação</b>
CONHECIMENTOS	- Principais indicações de realização dos exames de endoscopia digestiva alta e colonoscopia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Papel do endoscopista na prevenção de agravos do trato gastrointestinal</li> <li>- Epidemiologia das doenças do trato gastrointestinal</li> <li>- Indicações e contraindicações de exames endoscópicos</li> <li>- Estratégias de comunicação e de consultas de matriciamento</li> <li>- Guidelines da ASGE e SOBED</li> <li>- Literatura científica</li> <li>- Plano Nacional de Educação Permanente</li> <li>- Legislação do SUS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preleção dialogada</li> <li>- Situações problema</li> <li>- Consultas de matriciamento sob supervisão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala de aula</li> <li>- Unidades de Atenção Básica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- - Avaliação 360 - Equipe da USF; Supervisor do programa</li> <li>-</li> </ul>
HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dialogar com a equipe de atenção básica evidenciando a importância da realização de exames complementares endoscópicos respeitando os conhecimentos e valores prévios.</li> <li>- Apresentar preleção dialogada sobre a realização de exames complementares endoscópicos, dirimindo as dúvidas dos profissionais da atenção básica</li> <li>-</li> </ul>				
ATITUDES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Didática, empatia, acolhimento e receptividade para com os profissionais da atenção básica</li> <li>- Respeito e valorização dos conhecimentos prévios</li> </ul>				

<b>COMPETÊNCIA 9 - RECONHECER OS FLUXOS ASSISTENCIAIS DENTRO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>					
<b>Desempenhos esperados</b>		<b>Conteúdo</b>	<b>Estratégias de ensino</b>	<b>Cenários</b>	<b>Avaliação</b>
CONHECIMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema de rede do SUS, em especial a dinâmica de referência e contra referência</li> <li>- Conceitos de hereditariedade e transmissibilidade genética das neoplasias do trato gastrointestinal</li> <li>- Importância da prevenção primária das principais doenças do trato gastrointestinal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Legislação do SUS</li> <li>- Sistema de referência e contrarreferências</li> <li>- Aspectos hereditários e de transmissibilidade das doenças do trato gastrointestinal</li> <li>- Papel do endoscopista na prevenção de agravos do trato gastrointestinal</li> <li>- Epidemiologia das doenças do trato gastrointestinal</li> <li>- Conceitos de matriciamento, familiograma e diagnóstico de área</li> <li>- Política Nacional de Atenção Básica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preleção dialogada</li> <li>- Situações problema</li> <li>- Atendimento ambulatorial e visitas a unidades de atenção básica</li> <li>- Visitas à secretaria de saúde do município</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala de aula</li> <li>- Ambulatório</li> <li>- Unidades de Atenção Básica</li> <li>- Secretaria Municipal de Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação sistemática</li> <li>- Avaliação 360 – profissionais da atenção básica e Secretaria Municipal de Saúde</li> </ul>
HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atuar como médico inserido na rede de atenção e cuidados, interligando os níveis de atenção</li> <li>- Realizar busca ativa de familiares de pacientes portadores de neoplasias do trato gastrointestinal com indicação de rastreio</li> <li>- Realizar busca ativa de pacientes com indicação de realização de exames endoscópicos como prevenção primária de doenças do trato gastrointestinal</li> </ul>				
ATITUDES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Postura pró-ativa e atuante, com receptividade e clareza na troca de informações com profissionais da atenção básica e usuários</li> </ul>				

<b>COMPETÊNCIA 10 - REALIZAR EXAMES DIAGNÓSTICOS DE COLONOSCOPIA</b>					
	<b>Desempenhos esperados</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Estratégias de ensino</b>	<b>Cenários</b>	<b>Avaliação</b>
CONHECIMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicações e contra-indicações de exames diagnósticos em colonoscopia, considerando as alternativas propedêuticas</li> <li>- Teoria da realização dos exames de colonoscopia</li> <li>- Características normais e alterações patológicas do trato digestivo baixo</li> <li>- Sistemas de classificação das principais afecções, utilizados na literatura internacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicações e contraindicações de colonoscopia</li> <li>- Técnicas de realização de colonoscopia</li> <li>- Aspecto normal do trato gastrointestinal baixo</li> <li>- Alterações patológicas do trato gastrointestinal baixo</li> <li>- Indicações de biópsias na colonoscopia</li> <li>- Indicações de cromoscopia e magnificação na colonoscopia</li> <li>- Principais sistemas de classificação das afecções do trato gastrointestinal baixo</li> <li>- Confecção de laudo escrito claro</li> <li>- Orientações pós procedimento</li> <li>- Guidelines da ASGE e SOBED</li> <li>- Literatura científica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preleção dialogada.</li> <li>- Situações problema</li> <li>- Treinamento em laboratório de simulação</li> <li>- Realização de colonoscopia alta sob supervisão.</li> <li>- Digitação de laudos sob supervisão</li> <li>- Seminários com o supervisor</li> <li>- Sessões conjuntas com patologista clínico</li> <li>- Realização de biópsias, cromoscopia e magnificação sob supervisão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala de aula</li> <li>- Sala de colonoscopia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação sistemática</li> <li>- Autoavaliação</li> <li>- Avaliação prática – realização de colonoscopia, interpretação dos resultados, confecção de laudo e orientação pós procedimento</li> <li>- Avaliação 360° - supervisor, internos, pacientes e acompanhantes</li> <li>- Preceptor 1 minuto</li> <li>- Ferramenta ASGE</li> </ul>
HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicar e contra-indicar a realização de exames diagnósticos em colonoscopia</li> <li>- Realizar exames diagnósticos de colonoscopia</li> <li>- Reconhecer as alterações patológicas do trato digestivo baixo e indicar procedimentos adicionais pertinentes (biópsias, cromoscopia, etc)</li> <li>- Transcrever para o laudo escrito suas impressões acerca do exame e as orientações pertinentes</li> </ul>				
ATITUDES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segurança e discernimento para indicar e contra-indicar a realização de exames diagnósticos em colonoscopia</li> <li>- Proficiência e eficácia na realização de exames de colonoscopia, priorizando os interesses e a segurança do paciente</li> <li>- Clareza na realização de laudos, evidenciando alterações encontradas nos exames, assim como nas orientações pertinentes a cada caso</li> </ul>				

<b>COMPETÊNCIA 11 - REALIZAR PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA</b>					
<b>Desempenhos esperados</b>		<b>Conteúdo</b>	<b>Estratégias de ensino</b>	<b>Cenários</b>	<b>Avaliação</b>
CONHECIMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicações e contra-indicações dos procedimentos terapêuticos em endoscopia digestiva alta, considerando as alternativas terapêuticas</li> <li>- Teoria da realização dos procedimentos terapêuticos em endoscopia digestiva alta</li> <li>- Potenciais complicações dos procedimentos terapêuticos em endoscopia digestiva alta</li> <li>- Tratamento das complicações decorrentes dos procedimentos terapêuticos em endoscopia digestiva alta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicações e contraindicações de procedimentos terapêuticos em endoscopia digestiva alta</li> <li>- Prevenção, reconhecimento e tratamento das complicações dos procedimentos terapêuticos em endoscopia digestiva alta</li> <li>- Hemostasia de sangramento por ligadura elástica, esclerose, métodos térmicos ou mecânicos</li> <li>- Polipectomia</li> <li>- Mucosectomia</li> <li>- Dissecção endoscópica submucosa</li> <li>- Dilatação de estenoses</li> <li>- Colocação de próteses</li> <li>- Retirada de corpos estranhos</li> <li>- Colocação de cateter nasoentérico</li> <li>- Gastrostomia endoscópica percutânea</li> <li>- Orientações pós procedimento</li> <li>- Guidelines da ASGE e SOBED</li> <li>- Literatura científica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preleção dialogada</li> <li>- Situações problema</li> <li>- Treinamento em laboratório de simulação</li> <li>- Realização de procedimentos terapêuticos em endoscopia digestiva alta sob supervisão.</li> <li>- Digitação de laudos sob supervisão</li> <li>- Seminários com o supervisor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala de aula</li> <li>- Sala de endoscopia digestiva alta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação sistemática</li> <li>- Autoavaliação</li> <li>- Avaliação prática – realização de procedimentos terapêuticos em endoscopia digestiva alta, interpretação dos resultados, confecção de laudo e orientação pós procedimento</li> <li>- Avaliação 360º - supervisor, internos, pacientes e acompanhantes</li> <li>- Preceptor 1 minuto</li> <li>- Ferramenta ASGE</li> </ul>
HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicar e contra-indicar a realização de procedimentos terapêuticos em endoscopia digestiva alta</li> <li>- Realizar procedimentos terapêuticos em endoscopia digestiva alta: hemostasia de sangramento por ligadura elástica, esclerose, métodos térmicos ou mecânicos; polipectomia; mucosectomia; dilatação de estenoses; colocação de próteses; retirada de corpos estranhos; colocação de cateter nasoentérico; gastrostomia endoscópica percutânea</li> <li>- Reconhecer e tratar as complicações dos procedimentos terapêuticos na endoscopia digestiva alta</li> <li>- Orientar o paciente e familiar antes e após ser submetido a procedimento terapêutico</li> </ul>				
ATITUDES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segurança e discernimento para indicar e contra-indicar a realização de procedimentos terapêuticos em endoscopia digestiva alta</li> <li>- Proficiência e eficácia na realização de procedimentos terapêuticos em endoscopia digestiva alta, priorizando os interesses e a segurança do paciente</li> <li>- Clareza na realização de laudos, evidenciando alterações encontradas nos exames, assim como nas orientações pertinentes a cada caso</li> </ul>				

<b>COMPETÊNCIA 12 - REALIZAR PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS EM COLONOSCOPIA</b>					
<b>Desempenhos esperados</b>		<b>Conteúdo</b>	<b>Estratégia de ensino</b>	<b>Cenários</b>	<b>Avaliação</b>
<b>CONHECIMENTOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicações e contra-indicações dos procedimentos terapêuticos em colonoscopia, considerando as alternativas terapêuticas</li> <li>- Teoria da realização dos procedimentos terapêuticos em colonoscopia</li> <li>- Potenciais complicações dos procedimentos terapêuticos em colonoscopia</li> <li>- Tratamento das complicações decorrentes dos procedimentos terapêuticos em colonoscopia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicações e contraindicações de procedimentos terapêuticos em colonoscopia</li> <li>- Prevenção, reconhecimento e tratamento das complicações dos procedimentos terapêuticos em colonoscopia</li> <li>- Hemostasia de sangramento por ligadura elástica, esclerose, métodos térmicos ou mecânicos</li> <li>- Polypectomia</li> <li>- Mucosectomia</li> <li>- Dissecção endoscópica submucosa</li> <li>- Dilatação de estenoses</li> <li>- Colocação de próteses</li> <li>- Orientações pós procedimento</li> <li>- Guidelines da ASGE e SOBED</li> <li>- Literatura científica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preleção dialogada</li> <li>- Situações problema</li> <li>- Treinamento em laboratório de simulação</li> <li>- Realização de procedimentos terapêuticos em colonoscopia sob supervisão.</li> <li>- Digitação de laudos sob supervisão</li> <li>- Seminários com o supervisor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala de aula</li> <li>- Sala de colonoscopia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação sistemática</li> <li>- Autoavaliação</li> <li>- Avaliação prática – realização de procedimentos terapêuticos em colonoscopia, interpretação dos resultados, confecção de laudo e orientação pós procedimento</li> <li>- Avaliação 360° - supervisor, internos, pacientes e acompanhantes</li> <li>- Preceptor 1 minuto</li> <li>- Ferramenta ASGE</li> </ul>
<b>HABILIDADES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicar e contra-indicar a realização de procedimentos terapêuticos em colonoscopia</li> <li>- Realizar procedimentos terapêuticos em colonoscopia: hemostasia de sangramento por ligadura elástica, esclerose, métodos térmicos ou mecânicos; colocação de próteses; polipectomia; mucosectomia; dilatação de estenoses</li> <li>- Reconhecer e tratar as complicações dos procedimentos terapêuticos na colonoscopia</li> <li>- Orientar o paciente e familiar antes e após ser submetido a procedimento terapêutico</li> </ul>				
<b>ATITUDES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segurança e discernimento para indicar e contra-indicar a realização de procedimentos terapêuticos em colonoscopia</li> <li>- Proficiência e eficácia na realização de procedimentos terapêuticos em colonoscopia, priorizando os interesses e a segurança do paciente</li> <li>- Clareza na realização de laudos, evidenciando alterações encontradas nos exames, assim como nas orientações pertinentes a cada caso</li> </ul>				

<b>COMPETÊNCIA 13 - REALIZAR PROCEDIMENTOS DE CPRE</b>					
<b>Desempenhos esperados</b>		<b>Conteúdo</b>	<b>Estratégias de ensino</b>	<b>Cenários</b>	<b>Avaliação</b>
<b>CONHECIMENTOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicações e contra-indicações dos procedimentos de CPRE, considerando as alternativas propedêuticas e terapêuticas</li> <li>- Teoria da realização dos procedimentos em CPRE</li> <li>- Potenciais complicações dos procedimentos em CPRE</li> <li>- Interpretação dos achados endoscópicos/radiológicos de pacientes submetidos a CPRE</li> <li>- Tratamento das complicações decorrentes dos procedimentos em CPRE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicações e contra-indicações de procedimentos em CPRE</li> <li>- Técnicas de realização de CPRE</li> <li>- Aspecto normal do trato bilio-pancreático</li> <li>- Alterações patológicas do trato bilio-pancreático</li> <li>- Prevenção, reconhecimento e tratamento das complicações da CPRE</li> <li>- Papilotomia e dilatação da papila</li> <li>- Retirada de cálculos com e sem litotripsia</li> <li>- Dilatação de estenoses</li> <li>- Colocação de próteses biliares e pancreáticas</li> <li>- Biópsias e escovados</li> <li>- Orientações pós procedimento</li> <li>- Guidelines da ASGE e SOBED</li> <li>- Literatura científica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preleção dialogada</li> <li>- Situações problema</li> <li>- Treinamento em laboratório de simulação</li> <li>- Realização de CPRE sob supervisão.</li> <li>- Digitação de laudos sob supervisão</li> <li>- Seminários com o supervisor</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala de aula</li> <li>- Centro cirúrgico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação sistemática</li> <li>- Autoavaliação</li> <li>- Avaliação prática – realização de CPRE, interpretação dos resultados, confecção de laudo e orientação pós procedimento</li> <li>- Avaliação 360° - supervisor, internos, pacientes e acompanhantes</li> <li>- Preceptor 1 minuto</li> <li>- Formulário Roterdã</li> </ul>
<b>HABILIDADES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicar e contra-indicar a realização de procedimentos em CPRE</li> <li>- Realizar procedimentos terapêuticos em CPRE: dilatação de estenoses; papilotomia; retirada de cálculos; colocação de próteses;</li> <li>- Reconhecer e tratar as complicações dos procedimentos em CPRE</li> <li>- Orientar o paciente e familiar antes e após ser submetido a procedimento de CPRE</li> </ul>				
<b>ATITUDES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segurança e discernimento para indicar e contra-indicar a realização de procedimentos de CPRE</li> <li>- Proficiência e eficácia na realização de procedimentos terapêuticos em CPRE, priorizando os interesses e a segurança do paciente</li> <li>- Clareza na realização de laudos, evidenciando alterações encontradas nos exames, assim como nas orientações pertinentes a cada caso</li> </ul>				

<b>COMPETÊNCIA 14 - REALIZAR EXAMES DIAGNÓSTICOS DE RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA E FLEXÍVEL</b>					
<b>Desempenhos esperados</b>		<b>Conteúdo</b>	<b>Estratégias de ensino</b>	<b>Cenários</b>	<b>Avaliação</b>
CONHECIMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicações e contra-indicações de exames diagnósticos em retossigmoidoscopia, considerando as alternativas propedêuticas</li> <li>- Teoria da realização dos exames de retossigmoidoscopia</li> <li>- Características normais e alterações patológicas do trato digestivo baixo</li> <li>- Sistemas de classificação das principais afecções, utilizados na literatura internacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicações e contra-indicações de retossigmoidoscopia</li> <li>- Técnicas de realização de retossigmoidoscopia</li> <li>- Aspecto normal do canal anal, reto e sigmóide</li> <li>- Alterações patológicas do canal anal, reto e sigmóide</li> <li>- Indicações de biopsias na retossigmoidoscopia</li> <li>- Indicações de cromoscopia e magnificação na retossigmoidoscopia</li> <li>- Principais sistemas de classificação das afecções do canal anal, reto e sigmóide</li> <li>- Confecção de laudo escrito claro</li> <li>- Orientações pós procedimento</li> <li>- Guidelines da ASGE e SOBED</li> <li>- Literatura científica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preleção dialogada.</li> <li>- Situações problema</li> <li>- Treinamento em laboratório de simulação</li> <li>- Realização de retossigmoi-doscopia sob supervisão.</li> <li>- Digitação de laudos sob supervisão</li> <li>- Seminários com o supervisor</li> <li>- Sessões conjuntas com patologista clínico</li> <li>- Realização de biopsias, cromoscopia e magnificação sob supervisão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala de aula</li> <li>- Laboratório de simulação</li> <li>- Sala de retossigmoi-doscopia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação sistemática</li> <li>- Autoavaliação</li> <li>- Avaliação prática – realização de retossigmoi-doscopia, interpretação dos resultados, confecção de laudo e orientação pós procedimento</li> <li>- Avaliação 360° - supervisor, internos, pacientes e acompanhantes</li> <li>- Preceptor 1 minuto</li> </ul>
HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicar e contra-indicar a realização de exames diagnósticos em retossigmoidoscopia</li> <li>- Realizar exames diagnósticos de retossigmoidoscopia</li> <li>- Reconhecer as alterações patológicas do trato digestivo baixo e indicar procedimentos adicionais pertinentes (biópsias, cromoscopia, etc)</li> <li>- Transcrever para o laudo escrito suas impressões acerca do exame e as orientações pertinentes</li> </ul>				
ATITUDES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segurança e discernimento para indicar e contra-indicar a realização de exames diagnósticos em retossigmoidoscopia</li> <li>- Proficiência e eficácia na realização de exames diagnósticos em retossigmoidoscopia, priorizando os interesses e a segurança do paciente</li> <li>- Clareza na realização de laudos, evidenciando alterações encontradas nos exames, assim como nas orientações pertinentes a cada caso</li> </ul>				



<b>COMPETÊNCIA 15 - REALIZAR PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS EM RETOSSIGMOIDOSCOPIA</b>					
<b>Desempenhos esperados</b>		<b>Conteúdo</b>	<b>Estratégias de ensino</b>	<b>Cenários</b>	<b>Avaliação</b>
CONHECIMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicações e contra-indicações dos procedimentos terapêuticos em retossigmoidoscopia, considerando as alternativas terapêuticas</li> <li>- Teoria da realização dos procedimentos terapêuticos em retossigmoidoscopia</li> <li>- Potenciais complicações dos procedimentos terapêuticos em retossigmoidoscopia</li> <li>- Tratamento das complicações decorrentes dos procedimentos terapêuticos em retossigmoidoscopia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicações e contraindicações de procedimentos terapêuticos em retossigmoidoscopia</li> <li>- Prevenção, reconhecimento e tratamento das complicações dos procedimentos terapêuticos em retossigmoidoscopia</li> <li>- Hemostasia de sangramento por ligadura elástica, esclerose, métodos térmicos ou mecânicos</li> <li>- Polipectomia</li> <li>- Mucosectomia</li> <li>- Dissecção endoscópica submucosa</li> <li>- Dilatação de estenoses</li> <li>- Colocação de próteses</li> <li>- Orientações pós procedimento</li> <li>- Guidelines da ASGE e SOBED</li> <li>- Literatura científica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preleção dialogada</li> <li>- Situações problema</li> <li>- Treinamento em laboratório de simulação</li> <li>- Realização de procedimentos terapêuticos em retossigmoidoscopia sob supervisão.</li> <li>- Digitação de laudos sob supervisão</li> <li>- Seminários com o supervisor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala de aula</li> <li>- Sala de retossigmoidoscopia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação sistemática</li> <li>- Autoavaliação</li> <li>- Avaliação prática – realização de procedimentos terapêuticos em retossigmoidoscopia, interpretação dos resultados, confecção de laudo e orientação pós procedimento</li> <li>- Avaliação 360º - supervisor, internos, pacientes e acompanhantes</li> <li>- Preceptor 1 minuto</li> </ul>
HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicar e contra-indicar a realização de procedimentos terapêuticos em retossigmoidoscopia</li> <li>- Realizar procedimentos terapêuticos em retossigmoidoscopia: hemostasia de sangramento por ligadura elástica, esclerose, métodos térmicos ou mecânicos; polipectomia; mucosectomia; dilatação de estenoses</li> <li>- Reconhecer e tratar as complicações dos procedimentos terapêuticos na retossigmoidoscopia</li> <li>- Orientar o paciente e familiar antes e após ser submetido a procedimento terapêutico</li> </ul>				
ATITUDES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segurança e discernimento para indicar e contra-indicar a realização de procedimentos terapêuticos em retossigmoidoscopia</li> <li>- Proficiência e eficácia na realização de procedimentos terapêuticos em retossigmoidoscopia, priorizando os interesses e a segurança do paciente</li> <li>- Clareza na realização de laudos, evidenciando alterações encontradas nos exames, assim como nas orientações pertinentes a cada caso</li> </ul>				

Fonte: Elaboração própria

## **CONCLUSÕES**

Este trabalho vem ao encontro da necessidade de se orientar e organizar um currículo para a formação do médico endoscopista, com metodologia centrada no aprendiz, respeitando sua individualidade.

O caminho percorrido durante esta pesquisa possibilitou o desenho de uma proposta de programa para um programa de residência médica em endoscopia e, como produto, uma proposta a ser discutida e aplicada. Naturalmente, novas perspectivas a partir do avanço do conhecimento na área devem ser incorporadas à prática diária do médico endoscopista e deverão ser agregadas às competências desejadas para este profissional.

Sabe-se que a reflexão sobre a formação do endoscopista vai além do representado neste produto. Temas como uma trajetória diferenciada de formação, tempo de integralização e preparo pedagógico de preceptores permeiam não só a formação do médico endoscopista, mas a formação médica como um todo. Isso suscita não somente debates, mas também novos estudos.

Outras pesquisas podem trazer a perspectiva do residente e do preceptor, ou analisar a formação no âmbito da SOBED.

Esperamos que esse seja um trabalho impulsionador que estimule junto à sociedade médica e de educação o desenvolvimento de um currículo voltado para o aprendiz, com vistas à formação de um médico melhor para o indivíduo e a sociedade.

## REFERÊNCIAS

**ACGME Home**. Disponível em: <www.acgme.org>. Acesso em: 9 set. 2016.

ACHORD, J. L.; MUTHUSAMY, V. R. The History of Gastrointestinal Endoscopy. In: CHANDRASEKHARA, V. et al. (Eds.). . **Clinical Gastrointestinal Endoscopy**. Third Edit ed. Philadelphia: Elsevier Inc., 2019. p. 2–11.

ALVES, Z. M. M. B.; SILVA, M. H. G. F. D. DA. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. **Paidéia**, n. 2, p. 61–69, 1992.

ARAÚJO, D. Noção de Competência e Organização Curricular. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. Supl. 1, p. 32–43, 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1ª ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BATISTA, N. A.; VILELA, R. Q. B.; BATISTA, S. H. S. DA S. **Educação Médica no Brasil**. São Paulo: Cortez Editora, 2015.

BOTTI, S. H. DE O. **O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino**. [s.l.] Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2009.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. MINISTÉRIO DA SAÚDE. RE Nº 2.606, DE 11 DE AGOSTO DE 2006 - Dispõe sobre as diretrizes para elaboração, validação e implantação de protocolos de reprocessamento de produtos médicos e dá outras providências. . 2006.

\_\_\_\_\_. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. MINISTÉRIO DA SAÚDE. RDC Nº 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 - Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. . 2012.

\_\_\_\_\_. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. MINISTÉRIO DA SAÚDE. RDC Nº 6, DE 10- DE MARÇO DE 2013 - Dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os serviços de endoscopia com via de acesso ao organismo por orifícios exclusivamente naturais. . 2013.

BRASIL. COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES. RESOLUÇÃO CFM nº 1634/2002. . 2002.

BRASIL. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. Resolução CNRM 04/83. . 1983.

\_\_\_\_\_. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. Resolução CNRM Nº 004/2003. . 2003, p. 1–31.

\_\_\_\_\_. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. Resolução CNRM nº 02, de 07 de julh de 2005 -Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Médica. . 2005.

\_\_\_\_\_. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. **Resolução CNRM N° 02/2006**, 2006a.

\_\_\_\_\_. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. **Resolução N° 8/2006**, 2006b.

\_\_\_\_\_. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. Resolução N°2, de 3 de julho de 2013. . 2013, p. 5.

\_\_\_\_\_. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. **Resolução N° 1 de 29 de dezembro de 2016**, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Residência Médica**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-medica>>. Acesso em: 11 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Portaria Interministerial N°1001, de 22 de outubro de 2009** Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE. COORDENAÇÃO GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE. **Ofício Circular n° 36/2018** Brasília, DF, 2018.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-EXECUTIVA. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Glossário Temático: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. 2ª ed. Brasília: Editora MS, 2013.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. DECRETO N° 80.281 DE 5 DE SETEMBRO DE 1977. . 1977, p. 5–6.

\_\_\_\_\_. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. **LEI No 6.932, DE 7 DE JULHO DE 1981.**, 1981.

\_\_\_\_\_. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. **Decreto de 20 de junho de 2007** Brasília, DF, 2007.

BRASIL. SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. **Resolução N° 1 de 25 de maio de 2015**, 2015.

CAMPOS, C. J. G. MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 611–614, 2004.

CHIESA, A. M. et al. A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE: APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA À LUZ DA PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Cogitare Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 236–240, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM N° 1785/2006. . 2006.

\_\_\_\_\_. Propostas aprovadas no XII ENEM. **Medicina**, p. 6–8, ago. 2010.

\_\_\_\_\_. No- 2.162, DE 18 DE MAIO DE 2017. . 2017.

EKKELENKAMP, V. E. **Competence & quality assessment. The future of training in GI endoscopy**. [s.l.] Erasmus MC University Medical Center Rotterdam, 2014.

EPSTEIN, R. M.; HUNDERT, E. M. Defining and assessing professional competence. **JAMA**, v. 287, n. 2, p. 226–235, 2002.

FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS. **No Title**. Disponível em: <<http://www.fmpfase.edu.br/univ/missao.aspx>>. Acesso em: 3 abr. 2017.

FAIGEL, D. O. et al. **Ensuring competence in endoscopy**, [s.d.].

FONTELLES, M. J. et al. Metodologia Da Pesquisa Científica: Diretrizes Para a Elaboração De Um Protocolo De Pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, v. 23, n. 2, p. 1–8, 2009.

FRANK, J. R. et al. Competency-based medical education: theory to practice. **Medical teacher**, v. 32, p. 638–645, 2010.

FRIED, G. M. et al. ASGE's assessment of competency in endoscopy evaluation tools for colonoscopy and EGD. **Gastrointestinal Endoscopy**, v. 79, n. 1, p. 1–7, 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4<sup>a</sup> ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

GRANT, J. **ASME Principles of curriculum design**, 2006.

HAFNER, M. D. L. M. B. et al. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. Supl. 1, p. 1715–1724, 2010.

HOLMBOE, E. S.; EDGAR, L.; HAMSTRA, S. **The Milestones Guidebook**. [s.l: s.n.]. KETELE, J. M. DE. Caminhos para a Avaliação de Competências. **Revista Portuguesa de Pedagogia**, v. 40, n. 3, p. 135–147, 2006.

LIMA, J. C. DE S. **A Residência Médica: articulações entre a prática e o ensino**. [s.l.] Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2008.

MANZINI, E. J. **Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros** Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos. **Anais...Bauru: SE&PQ**, 2004 Disponível em: <<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Entrevista+semi-estruturada:+an?lise+de+objetivos+e+de+roteiros#0>>

MAY, T. Pesquisa documental: escavações e evidências. In: **Pesquisa social:**

- questões, métodos e processos.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 288.
- MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 2133–2144, 2008.
- MORAES, R. ANÁLISE DE CONTEÚDO. **Revista Educação**, v. 22, n. 37, p. 7–32, 1999.
- MORAIS, V. Formação em pauta. **Revista SOBED**, v. 25, p. 22–27, 2014.
- NUNES, M. DO P. **Contexto da Residência Médica - No Brasil e no mundo**São PauloPROADI SUS, , 2014.
- PELIZZARI, A. et al. Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel. **Revista PEC**, v. 2, n. 1, p. 37–42, 2002.
- RIBEIRO, E. C. O.; LIMA, V. V. Competências profissionais e mudanças na formação. **Revista Olho Mágico**, v. 10, n. 2, p. 47–52, 2003.
- RIBEIRO, M. A. A. **APONTAMENTOS SOBRE RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL**Brasília, DF, 2011.
- RIBEIRO, V. M. B. Discutindo o conceito de inovação curricular na formação dos profissionais de saúde: o longo caminho para as transformações no ensino médico. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 91–121, 2005.
- SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. DEL P. B. Definições dos enfoques quantitativo e qualitativo, suas semelhanças e diferenças. In: **Metodologia de Pesquisa**. 5ª ed. Porto Alegre: Penso, 2013. p. 27–48.
- SANTOS, W. S. DOS. Organização curricular baseada em competência na educação médica. **Revista Brasileira De Educação Médica**, v. 35, n. 1, p. 86–92, 2011.
- SERVIÇO SOCIAL AUTONOMO HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO. **Hospital de Ensino Alcides Carneiro - Histórico da Unidade Hospitalar**.
- SERVIÇO SOCIAL AUTONOMO HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO. **SISHAC - 2016** Petrópolis, 2016.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA. **Residência Médica**. Disponível em: <<http://sobed.org.br/educacao/residencia-medica/>>. Acesso em: 21 maio. 2016.
- \_\_\_\_\_. **Regulamento do Título de Especialista em Endoscopia**, 2011.
- \_\_\_\_\_. Regulamento dos Centros de Ensino e Treinamento. . 2014, p. 1–15.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA. **Programa de Residência Médica em Cancerologia Clínica Orientado por Competência**, 2007.

TEN CATE, O. et al. Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. **Medical teacher**, v. 37, n. 11, p. 983–1002, 2015.

UNESCO - INTERNATIONAL BUREAU OF EDUCATION. **Glossary of Curriculum Terminology**. Genebra: UNESCO-IBE, 2013.

YIN, R. K. Métodos de coleta de dados. In: **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016. p. 115–137.

## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

Parte 1: Caracterização do respondente: nome, formação acadêmica, tempo de docência na residência, tempo de atuação como endoscopista.

Parte 2: Questões norteadoras:

1. Como você acha que deve ser a formação de um médico endoscopista? E na residência médica?
2. Na sua opinião, quais são os principais desafios na formação do endoscopista na residência médica?
3. Que diretrizes (aspectos) deveriam, na sua opinião, ser consideradas para a elaboração de um programa de residência em endoscopia digestiva?
4. Que competências deveriam ser consideradas?
5. Que sugestões você daria para a elaboração de um programa de residência médica em endoscopia digestiva?



## APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS NA RESIDÊNCIA MÉDICA EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA: uma proposta de formação

**Pesquisador:** Miguel Koury Filho

**Orientador:** Prof<sup>ª</sup>. Dra. Irani Ferreira da Silva Gerab

**Coorientador:** Prof. Dr. Nildo A. Batista

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa "O CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS NA RESIDÊNCIA MÉDICA EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA: uma proposta de formação". Nesta pesquisa pretendemos elaborar um currículo baseado em competências para o Programa de Residência Médica em Endoscopia Digestiva no Hospital de Ensino Alcides Carneiro. O motivo que nos leva a estudar esse tema é a falta da existência de um currículo bem definido acerca dos conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para a formação do médico endoscopista.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr. (a) irá conceder uma entrevista que será gravada e transcrita. Esse estudo possui finalidade de pesquisa acadêmica; os dados obtidos não serão divulgados, a não ser com prévia autorização, e que nesse caso será preservado o anonimato dos participantes, assegurando assim sua privacidade. O pesquisador providenciará uma cópia da transcrição da entrevista para seu conhecimento. Não há riscos envolvidos nesta pesquisa. Está pesquisa contribuirá para a formação dos futuros médicos endoscopistas e, com isso, um melhor atendimento para a população.

Para participar deste estudo o Sr. (a) não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade. O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O Sr.(a) tem a garantia de que todos os dados obtidos, assim como qualquer material coletado só serão utilizados neste estudo. A qualquer momento, em caso de esclarecimentos ou dúvidas pode procurar informação com o pesquisador Miguel Koury Filho, Profissão: Médico Professor, no endereço: R. Vigário Correa, 1345 – Petrópolis-RJ ou por e-mail: mkouryf@gmail.com e pelo telefone: (24) 992667202.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Francisco de Castro, 55, Vila Clementino, CEP 04020-050, São Paulo – SP – Tel.:(11)5571-1062, FAX: (11)5539-7162 – E-mail: cepunifesp@Unifesp.br

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

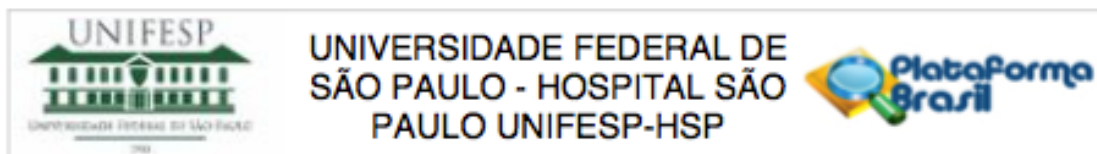
Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ discuti com Miguel Koury Filho sobre a minha  
decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os

procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Assinatura do participante Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste colaborador para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Pesquisador: Miguel Koury Filho Data

**ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UNIFESP**

Continuação do Parecer: 1.727.490

**Aprovado**

**Necessita Apreciação da CONEP:**

**Não**

SAO PAULO, 14 de Setembro de 2016

---

**Assinado por:**  
**Miguel Roberto Jorge**  
**(Coordenador)**