

DOI: 10.35621/23587490.v10.n1.p115-124

APRENDIZADOS DE UMA MÉDICA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE A RESIDÊNCIA NO PERÍODO DA PANDEMIA DE COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Bruna Raquel Gomes de Oliveira¹
Bruna Karoline de Freitas Silva Alexandre
Joyce Flávia da Silva Leal
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa

RESUMO: **Introdução:** Este artigo relata a experiência de uma médica durante a residência em Medicina de Família e Comunidade, iniciada em março de 2021 (período da pandemia de COVID-19), atuando em uma Unidade Básica de Saúde no Alto Sertão da Paraíba, na cidade de São José de Piranhas, além de experiências enquanto preceptora do Internato médico do Centro Universitário Santa Maria. **Objetivo:** Discorrer sobre experiências vividas durante a residência e a preceptoria do internato médico, durante a pandemia de COVID-19. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado durante a residência médica no período de março de 2021 a janeiro de 2023. **Resultados:** A medicina de família e comunidade faz uso da longitudinalidade, da coordenação do cuidado, da prevenção de agravos, do vínculo e compreende o paciente que existe além da doença. Infelizmente, grande parte dos médicos que cursam a residência se especializam na área e partem para outras especialidades focais posteriormente, não se fixando na APS. Sabe-se que as áreas de atuação da MFC são diversas, como: gestão, assistência, SUS, saúde suplementar, ensino, etc. Durante minha experiência enquanto docente foram realizadas diversas atividades de educação em saúde com os usuários sobre os mais diversos temas, além de atividades no Programa Saúde na Escola, visitas domiciliares, discussões de casos clínicos complexos, apresentações de seminários, capacitação dos agentes comunitários de saúde, consultas em conjunto com outros profissionais e abordagem integral dos usuários, havendo um saldo positivo de aprendizado. **Conclusão:** a pandemia da COVID-19 trouxe grandes mudanças e transformações para o Brasil e o mundo a curto e a longo prazo. Tais mudanças afetaram os mais diversos âmbitos da vida, inclusive a educação médica. Contudo, apesar dos prejuízos causados, a longo prazo e com um melhor reajuste, é possível tirar bons aprendizados e evoluir buscando melhorar os serviços de ensino e de assistência.

¹ Graduada em medicina pelo Centro Universitário Santa Maria, Pós-graduanda em Medicina de Família e Comunidade pelo Hospital Israelita Albert Einstein, Residente de Medicina de Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública da Paraíba; E-mail: brunaraquelgomes@outlook.com.br.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade, Residência Médica, COVID-19.

INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) que oferece a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito aos serviços de saúde (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2007). No Brasil, a principal porta de entrada para o SUS é a Atenção Primária à Saúde (APS) que tem como principal modelo organizacional a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (LEITE, 2022).

O SUS é estruturado em pilares e em princípios que regem toda a formação do sistema público de saúde, tendo relação direta com a formação da equipe de profissionais da saúde. (CAVALCANTI, 2015). Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais, o estudante de medicina deve estar inserido no Sistema Único de Saúde, principalmente na Atenção Primária à Saúde para o seu aprendizado com o propósito de desenvolvimento de uma aprendizagem em um ambiente real, com problemas do cotidiano, fortalecendo uma nova visão acerca do processo saúde/doença por parte dos acadêmicos para que se formem profissionais atuantes e conhecedores do sistema ao qual estão inseridos. (OLIVEIRA, 2020).

A formação do médico de família e comunidade (MFC) se dá pelo desenvolvimento de competências para atuação na complexidade da Atenção Primária à Saúde, adquirindo conhecimentos, habilidades e atitudes acerca do ser biopsicossocial e espiritual. A residência médica é considerada o melhor meio de formação para tais competências, apesar das deficiências no provimento e na fixação dos profissionais em suas regiões (CAVALCANTE, 2022).

Nessa perspectiva, este artigo relata a experiência de uma médica durante a residência em Medicina de Família e Comunidade, iniciada no período da pandemia de COVID-19, atuando em uma Unidade Básica de Saúde no Alto Sertão da Paraíba, na cidade de São José de Piranhas, além de experiências enquanto preceptora do Internato médico do Centro Universitário Santa Maria.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado durante a residência médica no período de março de 2021 a janeiro de 2023. Neste período algumas experiências foram registradas em forma de portfólio, para posteriormente dar lugar a este estudo. Para embasamento teórico foi realizada uma pesquisa na base de dados Scielo, usando os descritores em saúde: Atenção primária a saúde AND medicina de família e comunidade, onde foi encontrado 103 artigos e selecionados 6 (seis) para leitura na íntegra, de acordo com a temática do título.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a graduação em medicina, após ter tido contato com médicos de família e comunidade, conheci uma forma diferente de encarar a profissão e aprendi a fazer uso da longitudinalidade, da coordenação do cuidado, da prevenção de agravos e do vínculo. Além disso, aprendi a importância de praticar um atendimento humanizado e pessoal, compreendendo o paciente que existe além da doença. Isso me fez ver a importância de ser especialista em gente, entrando na vida das pessoas e de trabalhar em uma equipe multidisciplinar.

Assim, decidi me especializar na área de medicina de família e comunidade (MFC), fazendo a residência e almejando aprender e crescer dentro da especialidade. Eu buscava adquirir novas habilidades típicas do médico de família, como realizar procedimentos, ser uma boa clínica, ter a habilidade de comunicação qualificada e, dessa forma, ser resolutiva na atenção primária a saúde (APS). Infelizmente, durante o primeiro ano da residência (2021) a pandemia da COVID-19 permanecia com muita força, sendo priorizada em diversos serviços. Com isso, os

residentes de diversas áreas eram obrigados a postergar aprendizados específicos da especialidade.

Antes da pandemia, o serviço de residência era estruturado com 40 horas semanais na Estratégia de Saúde da Família (32h de atendimento + 8h de estudo) e rodízios em Unidade de Pronto Atendimento e Ambulatórios de especialistas das grandes áreas da medicina. Com isso, o residente tinha a oportunidade de se aprofundar nas principais queixas da APS e assim ser mais resolutivo, diminuindo os encaminhamentos para as especialidades focais. Com o aparecimento da COVID-19 e a reestruturação dos serviços, tais atividades foram substituídas por um programa estadual da Paraíba chamado Monitora COVID (posteriormente intitulado ALÔ SAÚDE).

Tal programa era baseado na telemedicina, que ganhou força nesse período pandêmico em que a população era orientada a ficar em casa. Seu funcionamento se deu primeiramente por uma plataforma digital em que os pacientes se cadastravam e preenchiam um formulário diário por meio de um aplicativo de celular com seus sintomas e sua evolução. O programa classificava os usuários em cores (como classificação de risco) e a partir daí as orientações para cada caso eram passadas pelo aplicativo para os usuários. Os pacientes de maior risco de complicação ou com sintomas considerados sinais de alarme, ganhavam uma classificação de risco maior e assim os plantonistas (médicos residentes) entravam em contato por via telefônica diariamente para realização de teleconsulta e telemonitoramento.

Contudo, por diversas vezes os usuários não atualizavam seus sintomas no aplicativo, fazendo com que o contato telefônico ocorresse mesmo após muitos dias da resolução do quadro gripal. Além disso, as chamadas eram realizadas por telefone privado (número confidencial) e por isso muitos dos usuários não atendiam as ligações. Após a diminuição dos casos, o programa passou a se chamar Alô saúde e a ocorrer de uma forma diferente. Os residentes passaram a ser escalados em plantões de 6 a 8 horas por dia e os usuários entravam em contato por meio de ligação telefônica, com um número disponibilizado pelo governo estadual. Nesse novo modelo, eram realizados atendimentos para retirada de dúvidas e explicações

sobre o funcionamento dos demais serviços do estado para enfrentamento da covid-19.

Apesar de inicialmente o contato com essa nova modalidade da medicina (telemedicina) parecer enriquecedora, a população não aderiu e não considerou como útil o serviço, fazendo com que durante os plantões ocorressem de zero a duas ligações por dia, não sendo vantajoso para o residente enquanto ambiente de aprendizado. Dessa forma, as experiências com a telemedicina não acrescentaram grandes aprendizados, além de tirar o espaço de outros serviços que teriam mais utilidades para o ensino.

A MFC é uma especialidade ainda pouco reconhecida e valorizada por diversos profissionais. A busca e o interesse pela especialidade se baseiam em vantagens oferecidas ao profissional (uma bolsa com valor atrativo, bonificação de 10% em uma próxima prova de residência). Dessa forma, grande parte dos médicos que cursam a residência se especializam na área e partem para outras especialidades focais posteriormente, não se fixando na APS e não atuando como médicos de família (um dos motivos de sempre estar em déficit de especialistas).

Além disso, infelizmente há uma desestruturação nos serviços de residência médica ofertados no interior do país, onde muitas vezes a população e os gestores do local não entendem e não valorizam o MFC como uma especialidade médica, mas o consideram como um generalista. Dessa forma, o processo de aprendizagem se torna mais árduo forçando o residente a ser mais autodidata.

Em agosto de 2021, ainda no primeiro ano da residência, iniciei como preceptora do internato de saúde da família do Centro Universitário Santa Maria e a partir daí abri meus olhos para uma área da medicina que nunca tinha chamado minha atenção antes, a docência. Nunca me imaginei sendo professora de sala de aula, mas durante o curso entendi que existem outros horizontes em que o ensino está presente. Também passei a valorizar muito mais o professor depois de ver como é difícil ser um facilitador do aprendizado.

Nessa nova fase tive contato com um curso de pós-graduação em que aprendi o uso de várias ferramentas de ensino que tornam mais leve o processo de aprendizagem. Em uma das aulas aprendemos como tornar o ensino mais efetivo, definindo objetivos baseados em conhecimentos, habilidades e atitudes, assim como

usando o ensino centrado no estudante e no sistema de saúde. Após essa aula consegui utilizar os termos aprendidos com meus internos e avalia-los de uma forma mais justa, entendendo o processo no qual nós todos passávamos.

Além disso, aprendi como definir bons objetivos educacionais aplicando o método SMART (um objetivo de aprendizagem deve ser específico, mensurável, atingível, relevante e ter tempo disponível para desenvolvê-lo). Ademais, estudei sobre a importância de um bom feedback, como fazê-lo e a frequência que deveria ser dado. Entendi, assim, que feedbacks devem ser periódicos, reforçando positivamente o aluno, acolhendo-o em situações estressantes, promovendo reflexões e com propósito de crescimento. Paulo Freire dizia que “quando a educação não é motivadora, o sonho do oprimido é tornar-se um opressor”, com base nisso comecei a repensar minha forma de comunicação com os alunos e até com meus pacientes, tentando alinhar as expectativas antes de traçar os passos futuros.

Fora isso, tive aulas de metodologias ativas na pós graduação (TBL, PBI, PBL) onde foi possível vivenciar essas experiências como aluna antes de usar como facilitadora. Essa experiência de estar do outro lado usando as metodologias ativas me ajudou a me colocar no lugar do aluno e a pensar como poderia ultrapassar as barreiras e ser uma facilitadora do aprendizado. Durante a preceptoria do internato consegui ter a experiência de realizar um PBL com os alunos sobre o tema Pré-Natal. Inicialmente percebi a estranheza dos alunos, a dificuldade de quererem participar, mas no segundo encontro a adesão e o aprendizado foram exponenciais.

Durante o tempo que cada grupo de internos permaneceu na ESF foram realizadas diversas atividades de educação em saúde com os usuários sobre os mais diversos temas, além de atividades no Programa Saúde na Escola, visitas domiciliares, discussões de casos clínicos complexos, apresentações de seminários, capacitação dos agentes comunitários de saúde, consultas em conjunto com outros profissionais e abordagem integral dos usuários. Ao final do rodízio, durante a realização do feedback, sempre houve um saldo positivo de aprendizado de ambas as partes (preceptora e alunos).

Com a vivência na APS percebi que de modo geral não sabemos nos comunicar, conseqüentemente não sabemos ouvir, e entendi o quanto isso afeta o

nosso dia a dia e a nossa prática clínica. Decidi então me aprofundar mais sobre o tema e aprender maneiras de ensinar aos alunos a habilidade de comunicação. Nesse processo percebi que ao cuidar de gente nem sempre saberemos resolver todos os problemas, muitos deles não terão solução através de nossas mãos e a escuta qualificada é um importante passo para conseguir ser resolutivo.

Diariamente tenho contato com pacientes complexos, portadores de múltiplas comorbidades físicas, sociais, psicológicas e espirituais. Por vezes o manejo com o olhar do médico de família e comunidade é o diferencial para um bom desfecho nesses casos, já que não se encontra facilmente em livros médicos formas de lidar com fatos que a medicina não explica. Os sintomas clinicamente inexplicáveis e inespecíficos existem e são rotineiros na ESF. Durante minha prática clínica me deparei com diversos pacientes hiperutilizadores e somatizadores e precisei aprender a não utilizar uma comunicação violenta e a não estigmatizar esses pacientes.

Esses usuários trazem também uma demanda de saúde que deve ser acolhida e muitas vezes, nossa postura enquanto profissional é o que perpetua esse comportamento somatizador e nos leva a uma cascata iatrogênica. Precisamos nos enxergar também como causa e não como vítima desse ciclo. Além disso, existem abordagens terapêuticas e intervenções possíveis de serem usadas na UBS e precisamos nos apropriar delas adaptando tais intervenções na realidade dos pacientes. Hoje consigo ter uma relação muito melhor com os usuários que certa vez estigmatizei, reconquistando a confiança deles e conseguindo ajuda-los de certa forma.

Quando se fala em abordagem familiar e comunitária do MFC, alguns temas como: vulnerabilidade, interculturalidade, violência contra mulheres e contra crianças são de extrema importância no contexto da APS uma vez que os sintomas medicalmente inexplicáveis têm a sua justificativa no contexto familiar e comunitário do paciente. Quando a equipe de saúde sai das quatro paredes da UBS é possível encontrar realidades em que as mãos humanas não são capazes de solucionar.

Ao final do segundo ano da residência, os serviços médicos após a pandemia de COVID-19 já haviam retomado seu funcionamento anterior e os residentes começaram a ter acesso a atividades que outrora haviam sido paralisadas. Alguns

encontros de educação continuada com os preceptores foram reiniciados, abordando temas do nosso dia a dia. Foram aulas curtas e rápidas, em sua maioria expositivas, mas que nos deram oportunidades de dividir entre os outros residentes vivências que tivemos na UBS durante toda a residência. Esses momentos nos fazem crescer como pessoas e como profissionais, uma vez que pensar em lidar com situações tão complexas do ser humano é ao mesmo tempo desafiador e apaixonante.

CONCLUSÃO

O médico de família é reconhecido por habilidades próprias e únicas, desempenhando um papel central no cuidado integral das pessoas, das famílias e da comunidade. Fora isso, tem a formação necessária para ocupar os mais diversos locais de atuação tanto na saúde pública quanto na privada. Sendo assim, o reconhecimento do MFC enquanto especialista, por parte dos usuários e dos gestores, e o entendimento de seu papel e de sua importância ajuda a fortalecer a APS e a torna-la cada vez mais resolutiva.

A imersão dos internos no cotidiano dos profissionais, da comunidade e dos usuários é de extrema importância para sua formação, atribuindo a eles uma visão humanística e comunitária pautada na resolutividade dos casos complexos da APS. O ensino teórico-prático atrelado a metodologias ativas tira o estudante e o docente do local de absorvedor e detentor do conhecimento e os leva a contornar dificuldades e barreiras do modelo de saúde.

No que concerne a telemedicina, sabe-se que ela é importante para facilitar o acesso à saúde e é uma realidade após o período pandêmico. Contudo, para o seu fortalecimento é necessária uma melhor adequação, buscando facilitar a vida dos usuários. Além disso, a população precisa de tempo para se adaptar a essa realidade e se acostumar com o seu uso.

Com isso, conclui-se que a pandemia da COVID-19 trouxe grandes mudanças e transformações para o Brasil e o mundo a curto e a longo prazo. Tais mudanças

afetaram os mais diversos âmbitos da vida, inclusive a educação médica. Contudo, apesar dos prejuízos causados, a longo prazo e com um melhor reajuste, é possível tirar bons aprendizados e evoluir buscando melhorar os serviços de ensino e de assistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ribeiro, LG, Cyrino, EG, & Pazin Filho, A. (2022). Forças, Fraquezas, Oportunidades e Tratamentos no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade no estado de São Paulo: visão dos preceptores. Em *SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4598>.

CORRÊA, Rodolfo Dias; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Qualificação em Medicina de Família e Comunidade e orientação comunitária da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, 2022.

LEITE, Ana Paula Tussi et al. Perfil e migração de membros dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, 2022.

STELET, Bruno Pereira et al. “Avançado” ou “precipitado”? Sobre o Modelo de Acesso Avançado/Aberto na Atenção Primária à Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, 2022.

CAVALCANTE, Gecilda Régia Ramalho Vale et al. Residência de Medicina de Família e Comunidade: percepções de egressos sobre sua formação e processo de trabalho. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, 2022.

OLIVEIRA, Daniel Almeida de; SOUZA, Eder Viana de. De Médico de Família a Preceptor de Estudantes no Sistema Único de Saúde: Relato de Experiência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica**. - 4. ed. - Brasília, 2007. 68 p. (Série E. Legislação de Saúde- Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)

CAVALCANTI, Fábio de Medeiros. O usuário do SUS Sistema Único de Saúde e seus direitos: Uma revisão de literatura. 2015.