

CAPÍTULO 9.1



O Ensino da Pediatria na graduação e residência médica



Profa. Dra. Alessandra Carla de Almeida Ribeiro

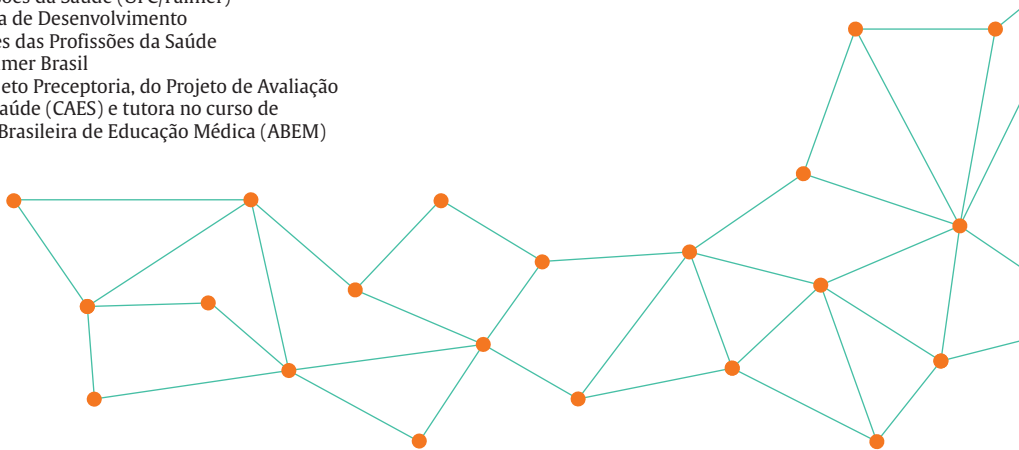
Graduação em Medicina - Universidade Federal de Uberlândia (UFU)
Residência Médica em Pediatria e Terapia Intensiva Pediátrica - UFU
Doutorado em Imunologia e Alergia Aplicadas - UFU
Professora da Faculdade de Medicina da UFU
Especialista em Educação para as Profissões da Saúde pela Universidade Federal do Ceará
Facilitadora no Programa de Desenvolvimento Docente para Educadores das Profissões da Saúde do Instituto Regional Faimer Brasil
Membro do NDE do Projeto Preceptorial e tutora no curso de Simulação da Abem

Prof. Dr. Josielson Costa da Silva

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem e Saúde e Mestre em Enfermagem - UFBA. Intensivista neonatal e Pediátrico. Professor da escola de Enfermagem da universidade Federal da Bahia - UFBA.

Profa. Dra. Rosana Alves

Graduação em Medicina - UFRJ
Residência Médica em Pediatria - IPPMG/UFRJ
Mestrado em Pediatria - IPPMG/UFRJ
Doutorado em Pesquisa Clínica - UFRJ
Especialização em Pneumologia Pediátrica (IPPMG/UFRJ e SBP); Pneumologia Sanitária (ENSP) e em Educação para as Profissões da Saúde (UFC/Faimer)
Facilitadora no Programa de Desenvolvimento Docente para Educadores das Profissões da Saúde do Instituto Regional Faimer Brasil
Membro do NDE do Projeto Preceptorial, do Projeto de Avaliação das Escolas da Área da Saúde (CAES) e tutora no curso de Simulação - Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM)



1. INTRODUÇÃO

Durante muitos anos, a educação médica se apoiou exclusivamente em modelos de ensino-aprendizagem tradicionais, centrados na autoridade do professor, com reforço à atitude passiva do estudante diante da aquisição do conhecimento. A fragmentação do conhecimento adquirido durante a graduação e pós-graduação e as limitações na aquisição de outras competências, envolvendo domínios de habilidades e atitudes, resultaram na necessidade de reflexão crítica da formação médica. Dessa forma, o Ministério da Educação (MEC) publicou em 2001 as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação em Medicina, valorizando a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva do médico (BRASIL, 2001). Por meio das DCN, foi proposta a construção de perfil acadêmico e profissional para os estudantes de Medicina com co-

nhecimentos, habilidades e atitudes que favoreçam sua atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2014, publicaram-se as novas DCN para o curso de Medicina. No novo documento, destacou-se a preocupação em formar médicos generalistas capacitados para atuar na abordagem ao paciente na atenção básica e na urgência/emergência. Definiram-se ainda três grandes áreas – atenção integral à saúde, educação em saúde e gestão em saúde – com proposta de competências específicas a serem adquiridas em cada uma dessas áreas (BRASIL, 2014).

Faz parte dos desafios da educação médica o entendimento da importância da formação integral do estudante inserido na comunidade desde o início da sua graduação. Portanto, a escola médica deve estar comprometida com a construção da saúde no país, contextualizando seu ensino à realidade de saúde local. A integração escola/serviço/comunidade é elemento essencial para a melhor formação profis-

sional na área da saúde. Para atender a esses desafios, deve-se compreender também a necessidade de uma formação médica integrada – graduação médica, residência médica e educação permanente.

A pediatria é a área da medicina em que a promoção da saúde integral tem maior importância, pois a criança é o futuro adulto, um ser humano em seu período de desenvolvimento – da fecundação à puberdade. Dessa forma, “a Pediatria seria um domínio peculiar da Medicina que assiste o ser humano como um todo durante determinado momento do ciclo de sua vida” (MOREIRA *et al.*, 2015).

Segundo Veiga e Batista (2006), dois importantes documentos foram divulgados sobre o ensino da pediatria na graduação: um realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em parceria com a Associação Latino-Americana de Pediatria (Alape) – (PUGA; BENGUIGUI, 2003) – e outro elaborado pela Academia Americana de Pediatria, intitulado *O futuro da educação pediátrica (THE FUTURE OF PEDIATRIC EDUCATION II – Fope II, 2000)*. No primeiro, foram investigadas as características desse ensino na América Latina em 253 programas (70% do total), sendo 56 cursos de Medicina do Brasil. No segundo, avaliou-se a formação pediátrica da graduação à educação continuada, incluindo a residência médica.

O estudo desenvolvido pela Alape aponta para o número grande de alunos nos cursos, ausência de conteúdos de promoção e prevenção em alguns cursos, necessidade de atualização de recursos didáticos com a incorporação de novas tecnologias, concentração das atividades do ensino prático nos hospitais e necessidade de aprimoramento das atividades avaliativas (PUGA; BENGUIGUI, 2003).

O Fope II descreve a importância, em seus diferentes níveis, de o ensino pediátrico se basear nas necessidades de saúde das crianças no contexto da família e da comunidade. O estudo destaca a necessidade de o pediatra participar ativamente das discussões sobre o currículo, os métodos de ensino e a avaliação na graduação. Ainda sugere que “todo estudante deveria ter um tempo de experiência aproximadamente igual em pediatria e medicina interna” (VEIGA; BATISTA, 2006; *THE FUTURE OF PEDIATRIC EDUCATION II, 2000*).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) tem procurado promover discussões para se construir um modelo de currículo global para o ensino da pediatria. Em 2002, a SBP participou do estudo da Opas *Ensino de pediatria em escolas da América*

Latina, cujo enfoque era a implantação da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Aidpi). O estudo sugeriu algumas recomendações para futuros estudos sobre o processo de ensino-aprendizagem em pediatria. Entre elas, foi proposto o ensino em diferentes níveis de atenção à saúde – destaque para atenção básica, ambulatório geral e de pediatria, unidade de internação, urgência e emergência, e neonatologia (alojamento conjunto e sala de parto). Aponta-se para a necessidade de obtenção de competências na atenção e na educação em saúde, com ênfase para o SUS. Na avaliação, sugere-se considerar os níveis de competências e os diferentes tipos de avaliação para verificação de habilidades cognitivas, clínicas e comportamentais com diversos instrumentos.

A estratégia de Aidpi, implantada no Brasil em 1996, teve como objetivo promover uma rápida queda na mortalidade em crianças menores de 5 anos. Ela é direcionada para o atendimento em nível primário e apresentada em uma série de quadros que mostram a sequência e a forma dos procedimentos a serem adotados pelos profissionais de saúde. A estratégia orienta iniciar a avaliação da criança com um mínimo de sinais clínicos que rapidamente determinam os sinais de gravidade – sinais gerais de perigo, com direcionamento de perguntas, com o intuito de buscar sintomas e, paralelamente, realizar a abordagem semiológica. A estratégia permite classificar o estado diagnóstico da criança e direcionar a conduta (ALVES, 2003).

É estimado que a pediatria concentre 40% de sua atividade clínica cotidiana nos chamados serviços preventivos, desde consultas pré-natais e estendendo-se ao longo da infância até o final da adolescência. Esse enfoque é tão forte e presente em seu caráter formativo que sem o qual não se é pediatra, médica(o) especializada(o) no ser humano em fase de desenvolvimento, da concepção até o fim da adolescência (MARCONDES, 1993; BLANK, 2003; COSTA; SOUZA, 2005).

Em 2012, a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), com o apoio do Ministério da Saúde, desenvolveu o projeto “Abem 50 anos – 10 anos de DCN”, contendo um subprojeto do internato que objetivou: estabelecer diretrizes nacionais para o internato, em consonância com as DCN para o curso médico; e conhecer o perfil do internato desenvolvido atualmente nas escolas médicas brasileiras e a pactuação e validação das atividades, por área e por cenário de prática, que devem ser reali-

zadas pelo interno para atingir as competências específicas do internato. Na área de pediatria, foram sugeridas as seguintes competências gerais e específicas (LAMPERT; BICUDO, 2014):

- Avaliação das diversas etapas de desenvolvimento: recém-nascido (RN), lactente, pré-escolar, escolar e adolescente, inclusive orientações no pré-natal.
- Ações de promoção de saúde e prevenção de doenças nas diferentes etapas do crescimento: aleitamento e alimentação; cuidados socioambientais e de higiene.
- Prevenção de acidentes, vacinação, prática de exercícios físicos, conhecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente e respeito a ele.
- Anamnese e exame físico considerando as peculiaridades de cada faixa etária e a comunicação com o cuidador: dados antropométricos e desenvolvimento neuropsicomotor.
- Identificação dos sinais, dos sintomas e das alterações do exame físico das principais doenças por faixa etária.
- Indicação e técnica dos seguintes procedimentos: cricotireodostomia, punção intraóssea, toracocentese, drenagem torácica, sondagem enteral, paracentese, punção lombar e redução de parafimose.
- Procedimentos: acesso venoso periférico, intubação orotraqueal, sondagem gástrica, sondagem vesical, anestesia local, sutura, drenagem de abscessos superficiais, administração de medicamentos, tratamento de feridas e curativos.
- Identificação dos recursos diagnósticos e terapêuticos em seu local de atuação, reconhecendo a necessidade de encaminhar, utilizando o sistema de referência e contrarreferência.
- Diagnóstico e tratamento básico das doenças prevalentes da infância nas respectivas regiões do país, nas diferentes faixas etárias, referenciando quando necessário.
- Indicação e interpretação dos exames complementares essenciais para cada caso.
- Promoção da saúde mental com ênfase na avaliação da estrutura e dinâmica familiar.
- Utilização racional de medicamentos.
- Atendimento inicial das urgências e emergências traumáticas e não traumáticas em pediatria.

- **Orientar a gestante sobre:**
- Cuidados gerais com o RN (cuidados de higiene, cuidados com acidentes, cuidados com o coto umbilical, vacinação) e riscos com drogas, doenças infecciosas e medicamentos.
- Aleitamento materno.
- **Cuidados com o RN:**
- Assistência ao RN na sala de parto.
- Treinamento da prática da técnica de reanimação neonatal, estabilização e transporte.
- Realização de atendimento de puericultura.
- Diagnóstico e tratamento da icterícia neonatal, distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos.

Cabe ressaltar que existem aspectos detalhados de como a criança e o jovem se desenvolvem, com ênfase no ambiente e nas interações familiares, e, dessa forma, a abordagem deverá seguir o cuidado de acordo com a idade. Há alguns aspectos do desenvolvimento da criança e estratégias que promovem a comunicação, conexão e cooperação entre profissional e criança, que incluem brincadeiras, histórias, metáforas, música e humor, e, paralelamente, seguir a comunicação conjunta com os pais ou responsáveis, segundo as fases da consulta centrada nas relações (GROSSEMAN; ALVES; FUNK, 2021).

Ainda no foco preventivo, realizar as ações de acompanhamento do crescimento, imunização, nutrição, saúde bucal, atividade física e injúrias físicas por causas externas, estas orientadas seguindo aquisição e ampliação de competências psicomotoras e sociais pelo desenvolvimento. Da mesma forma, há etapas relacionadas ao acompanhamento físico, com aspectos semiológicos diferenciados, medidas antropométricas para o acompanhamento de peso, altura e perímetro cefálico, ausculta cardíaca e palpação de pulsos, medida da pressão arterial, triagem da displasia evolutiva do quadril, comportamento, audição, visão e realização de alguns exames laboratoriais (COSTA; SOUZA, 2005).

Segundo a SBP, o Programa de Residência Médica em Pediatria deve prever 60 horas de jornada de trabalho semanal. A duração total do programa é de três anos (36 meses). Esse programa deverá formar pediatra capaz de: prestar assistência integral ao ser humano em crescimento e desenvolvimento; atuar no contexto de um ambiente em constantes transformações sociais, culturais e cien-

tíficas, com capacidade de realizar a busca ativa de novos conhecimentos; participar dos processos educativos dos pacientes e de seus familiares em relação às questões de saúde mais prevalentes; e atuar em equipe interdisciplinar. O programa deverá ser desenvolvido com o grau de complexidade crescente, priorizando as metodologias ativas e estimulantes de forma a incentivar a responsabilidade pela própria educação médica permanente e a prática dentro de contexto ético, legal e técnico de alto nível.

2. REFERÊNCIAS

- ALVES, R. Integralidade na assistência à criança: a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância no Programa de Saúde da Família. **REVISTA DE PEDIATRIA SOPERJ**, v. 4, n. 2p. 18-24, 2003. Disponível em:
http://revistadepediatriasoperj.org.br/detalhe_artigo.asp?id=42. Acesso em:
- BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **JORNAL DE PEDIATRIA**, Rio de Janeiro, v. 79, p. S13-S22, 2003. Supl. 1.
- BRASIL. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**, Brasília, 2001.
- BRASIL. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**, Brasília, 2014.
- BRASIL. Resolução CNRM nº 1, de 29 de dezembro de 2016. Dispõe sobre os requisitos mínimos do Programa de Residência Médica em Pediatria e dá outras providências. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**, Brasília, 2016.
- COSTA, M. C. O.; SOUZA, R. P. (ed.). **SEMIOLOGIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. 534 p.
- A Resolução da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) nº 1, de 29 de dezembro de 2016, dispõe sobre os requisitos mínimos do Programa de Residência Médica em Pediatria e dá outras providências. No anexo I dessa resolução, foram estabelecidos os requisitos mínimos para o primeiro, segundo e terceiro anos do Programa de Residência Médica em Pediatria, com descrição de conhecimentos, habilidades e atitudes relacionados ao programa para cada um dos anos (BRASIL, 2016).
- GROSSEMAN, S.; ALVES, R.; FUNK, T. B. Comunicação com crianças e suas famílias antes da adolescência. In: DOHMS, M.; GUSSO, G. (org.) **COMUNICAÇÃO CLÍNICA**. Porto Alegre: Artmed, 2021.
- LAMPERT, J. B.; BICUDO, A. M. **10 ANOS DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014.
- MARCONDES, E. Diretrizes para o ensino da pediatria. **JORNAL DE PEDIATRIA**, Rio de Janeiro, v. 69, p. 349-352, 1993.
- MOREIRA, A. S. S. *et al.* Reflexões acerca do ensino de pediatria no século XXI: o cenário brasileiro. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, v. 39, n. 3, p. 339-343, 2015.
- PUGA, T. F.; BENGUIGUI, Y. **ENSINO DE PEDIATRIA EM ESCOLAS DE MEDICINA DA AMÉRICA LATINA**. Washington: Opas, 2003. 60 p.
- THE FUTURE of pediatric education II. Organizing pediatric education to meet the needs of infants, children, adolescents, and young adults in the 21st century. **PEDIATRICS**, v.105, p. 163-212, 2000. 1 Pt 2.
- VEIGA, E. Q. O.; BATISTA, N. A. O ensino de pediatria no nível de graduação nas escolas de medicina do estado do Rio de Janeiro. **JORNAL DE PEDIATRIA**, v. 82, n. 2, p. 115-120, 2006.