Rodízio dos médicos-residentes em ginecologia e obstetrícia durante a pandemia de COVID-19

Maria da Conceição Ribeiro Simões[1], Walquiria Quida Salles Pereira Primo[2], Heinz Roland Jakobi[3], Thais Camila Alves Lessa Duran[4], Bruna Gabriel Heinen[5]

Descritores

Pandemia; COVID-19; Residência médica; Rodízio

RESUMO

Os Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia (PRMGO), com a chegada da pandemia da COVID- 19 no Brasil, precisaram se readequar para que os médicos-residentes (MRs) pudessem dar continuidade ao seu treinamento em serviço. Várias atividades eletivas foram suspensas, prejudicando, assim, esse cenário de prática, e alguns MRs precisaram se afastar por terem fator de risco, gestação ou por terem se contaminado, levando a incerteza e insegurança, principalmente para os MRs do terceiro ano, sem perspectiva de complementarem essa lacuna em seu treinamento. Nosso objetivo foi apresentar como dois serviços de PRMGO organizaram seus rodízios para poder seguir durante o ano de 2020 e proporcionar a carga horária prática e teórica durante esse ano tão inusitado.

INTRODUÇÃO

A residência médica (RM) é uma modalidade de ensino de pós-graduação, sob a forma de curso de especialização, destinada a médicos, em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o padrão-ouro de especialização médica *lato sensu*.[1] Foi instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, sendo legislada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).[2,3] A regulamentação e a supervisão desses programas são articuladas por diversos órgãos hierárquicos, inseridos no Ministério da Educação (MEC).[3] Para que um programa se credencie na CNRM, ele deve atender a todos os pré-requisitos necessários, incluindo um médico supervisor, responsável pela organização do Programa de Residência Médica (PRM), e um grupo de preceptores sob sua coordenação, para o desenvolvimento das atividades práticas e teóricas.[2,4] O Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia (PRMGO) tem acesso direto e duração de três anos.[2,3]

A Lei nº 6.932/81[5] definiu a RM como a modalidade de ensino médico que confere título de especialista na área, reconhecido em todo o território nacional, aos concluintes de um programa. Estabeleceu também carga horária anual de 2.880 horas, distribuídas num limite de 60 horas semanais, inclusas 24 horas de plantão. Com base nela, a CNRM sugere a distribuição da carga horária diferenciada para cada ano de residência, conforme o grau de complexidade de cada atividade exigida.

A Resolução da CNRM nº 2/2006,[6] para o funcionamento do PRMGO, estabelece os pré-requisitos mínimos, com a matriz do conteúdo programático teórico e prático, com respectivos percentuais de carga horária destinados a cada ano de residência, além de recomendar avaliação trimestral dos médicos-residentes (MRs), deixando a critério da Comissão de Residência Médica (Coreme) de cada instituição de ensino a escolha do método de avaliação (prova escrita, oral, prática ou de desempenho por escala de atitudes).

1. Centro Universitário Aparício Carvalho, Porto Velho, RO, Brasil.

2. Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

3. Maternidade Municipal Mãe Esperança, Porto Velho, RO, Brasil.

4. Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, Porto Velho, RO, Brasil.

5. Hospital Universitário da Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Autor correspondente
Maria da Conceição Ribeiro Simões
Rua Coronel Otávio Reis, 4.635, Rio Madeira, 76821-486, Porto Velho, RO, Brasil.
conceicaosimoes@uol.com.br

Como citar:
Simões MC, Primo WQ, Jakobi HR, Duran TC, Heinen BG. Rodízio dos médicos-residentes em ginecologia e obstetrícia durante a pandemia de COVID-19. Femina. 2021;49(1):19-24

Sobre os conteúdos teóricos do PRMGO, há a descrição dos temas gerais e específicos de maior relevância a serem discutidos, com sugestão de vários temas para atualização, cursos e outras atividades teóricas. Na seção destinada a cada ano da residência, o documento expõe as habilidades a serem desenvolvidas, demonstrando, ao final, a porcentagem de carga horária a ser disposta para cada ano de treinamento. É importante destacar que não há grandes discrepâncias numéricas na divisão das horas dedicadas às atividades durante todos os anos.

No primeiro ano da residência (R1), o maior foco é nos atendimentos de baixo risco, englobando os conhecimentos em prevenção primária das doenças ginecológicas e promoção da saúde da mulher, além da fisiologia gravídico-puerperal normal, lactação e planejamento familiar puerperal.

Durante o segundo ano (R2), o foco do aprendizado é o desenvolvimento das subáreas de ginecologia e obstetrícia, com atividades em ambulatórios especializados e cirurgias, iniciando-se por ginecologia oncológica e obstetrícia de alto risco.

No terceiro ano (R3), a maior porcentagem é destinada ao centro cirúrgico, no treinamento em cirurgias de maior complexidade e em ambulatórios especializados de ginecologia.

Em fevereiro de 2018, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) apresentou à plenária da CNRM a Matriz de Competências, elaborada por sua Coreme, que teve como base modelos internacionais, partindo de uma proposta hierarquizada, para discussão e aprovação, tendo sido publicada em novembro de 2018.[7]

As competências foram distribuídas em três itens fundamentais: Conhecimentos (C), Habilidades (H) e Atitudes (A). Isso propicia a avaliação do residente quanto à capacidade de adquirir conhecimento, habilidades técnicas, confiança, comportamento, além de valores éticos.

Conforme a Matriz de Competências, entende-se que o aprendizado ocorre de forma crescente em complexidade, com o R1 adquirindo competências clínico-cirúrgicas de baixa complexidade sob supervisão direta, o R2, competências clínico-cirúrgicas de alta complexidade sob supervisão direta e realização de competências clínico-cirúrgicas de baixa complexidade sob supervisão indireta e o R3, competências clínico-cirúrgicas de baixa e alta complexidade sob supervisão indireta.

A SINDEMIA DE COVID-19 CAUSADA PELO SARS-COV-2[8]

Em dezembro de 2019, o novo coronavírus (SARS-CoV-2) foi reconhecido como agente etiológico de um grave quadro de pneumonia na cidade de Wuhan, na China. O vírus SARS-CoV-2, causador da COVID-19, foi identificado em 2020 como tendo "parentesco" com o vírus SARS-CoV. O SARS-CoV-2 tem alta infectividade e provoca, nos casos graves, uma tempestade de citocinas por causa de uma reação excessiva do sistema imunológico ao vírus.[9,10]

A transmissão do SARS-CoV-2 ocorre de humanos para humanos por meio do contato com gotículas respiratórias (tosse, espirro, catarro) da saliva, oriundas de pessoas infectadas pelo vírus, ou do contato com superfícies contaminadas, seguido de contato com a boca, nariz e olhos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS),[9,11] são consideradas pessoas do grupo de risco, isto é, pessoas que são consideradas vulneráveis ao novo coronavírus (COVID-19), aquelas que se encaixam em algum dos quadros abaixo:

I – Idade igual ou superior a 60 anos;
II – Diabetes insulinodependente;
III – Insuficiência renal crônica;
IV – Doença pulmonar obstrutiva crônica, enfisema pulmonar, asma moderada ou grave, tuberculose ativa ou sequela pulmonar decorrente de tuberculose;
V – Doenças cardíacas graves, insuficiência cardíaca e hipertensão arterial sistêmica severa;
VI – Imunodeprimidos, salvo aqueles acometidos com doenças autoimunes sem uso de imunossupressores;
VII – Obesidade mórbida – índice de massa corporal igual ou superior a 40;
VIII – Cirrose ou insuficiência hepática;
IX – Gestantes ou lactantes de crianças de até 1 ano de idade;
X – Responsáveis pelo cuidado ou que coabitam com uma ou mais pessoas com confirmação de diagnóstico de infecção por coronavírus (COVID-19).

Os sinais e sintomas da COVID-19 são: febre (>37,8ºC); tosse; dispneia; mialgia e fadiga; sintomas respiratórios superiores; sintomas gastrointestinais como diarreia (mais raros) e anosmia, que têm sido uma queixa frequente. O quadro clínico típico de uma síndrome gripal pode variar desde uma apresentação com sintomas leves e assintomática até os quadros clínicos agravados.[9-12]

O surto de COVID-19 foi inicialmente definido por uma série de epicentros em mudança, incluindo Wuhan, na China, Irã, Norte da Itália, Espanha e Nova York, nos EUA. Após o SARS-CoV-2 chegar ao Brasil, já em 6 de fevereiro de 2020, foi exarada a Lei nº 13.979,[13] que dispõe sobre as "medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de COVID-19". E, em seu art. 3º, § 8º, dispõe: "As medidas previstas neste artigo, quando adotadas, deverão resguardar o exercício e o funcionamento de serviços públicos e atividades essenciais".[9,10,12,13]

Tardiamente, apenas em 11 de março de 2020, a OMS classificou o surto causado pelo novo coronavírus

(COVID-19) como uma *pandemia* – doença infecciosa que se espalha entre a população localizada numa grande região geográfica como, por exemplo, um continente, ou mesmo todo o planeta Terra.[9,14]

Em 22 de março de 2020, foi editada a Medida Provisória nº 927,[15] que "dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19), e dá outras providências".

Em Rondônia, em 26 de abril de 2020, no Decreto nº 24.979,[16] foi declarado "Estado de Calamidade Pública em todo o território estadual". Já em 14 de maio de 2020, o Decreto Estadual nº 25.049,[17] de 14 de maio de 2020, "institui o Sistema de Distanciamento Social Controlado para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pelo novo coronavírus – COVID-19". No âmbito do estado de Rondônia, reitera-se a declaração de estado de calamidade pública em todo o território estadual e revoga-se o Decreto nº 24.979.[16] No entanto, não foram suspensas as atividades dos "hospitais, clínicas de saúde, clínicas odontológicas, laboratórios de análises clínicas e farmácias" – alínea d do Anexo.

Com a suspensão de alguns rodízios (atividades eletivas) dos MRs nos serviços, mesmo em caráter excepcional e preventivo, foram propostas diversas alternativas, como o atendimento das usuárias a *distância* ou *virtual*, com emprego de novas tecnologias de comunicação, indo ao encontro da telemedicina,[18] que já estava prevista no artigo 3º da Resolução CFM nº 1.643/2002,[19] que dispôs "sobre atendimento em caráter de urgência e emergência por meio de Telemedicina", e na Portaria MS nº 467/2020[20] durante a pandemia. Em seu editorial de setembro de 2020, o editor-chefe da revista *The Lancet*, Richard Horton,[8] argumentou que a COVID-19 não é uma peste como outra qualquer já vista no passado e que, por isso, merece abordagem diferente. O termo sindemia de coronavírus, por isso, seria mais adequado: o vírus não atua sozinho, mas compactuando com outras doenças. E a desigualdade social tem papel-chave nisso. "Duas categorias de doenças estão interagindo dentro de populações específicas – a síndrome respiratória aguda severa (SARS-CoV-2) e uma série de doenças não transmissíveis (DNTs). Estas condições estão se agrupando dentro de grupos sociais de acordo com padrões de desigualdade profundamente enraizados em nossas sociedades. A agregação dessas doenças em um contexto de disparidade social e econômica exacerba os efeitos adversos de cada doença separada." Uma epidemia sindêmica refere-se à ideia de que o vírus não age isoladamente, como o coronavírus como um vilão solitário que simplesmente espalha pneumonia e falência de órgãos entre a população. Ele tem cúmplices, como a obesidade, o diabetes, as doenças cardíacas e as condições sociais, que acabam agravando a situação do infectado. Em seu artigo, Richard Horton[8] destaca que as sindemias são caracterizadas por interações biológicas e sociais, interações essas que aumentam a possibilidade de o estado de saúde de uma pessoa piorar ao se contrair uma doença.[9]

A retomada das atividades presenciais do PRMGO foi uma realidade na pandemia, imediata. Mas, para garantir a preservação da saúde dos atores envolvidos nas escalas e rodízios, deve-se ter um Plano de Contingenciamento da COVID-19 (PCC-19) bem fundamentado, elaborado pelos supervisores e preceptores e efetivamente aplicado.[11]

RELATO DE EXPERIÊNCIA

1. Programas de PRMGO de Rondônia

Com a sindemia, todas as atividades eletivas ginecológicas, como ambulatório e cirurgias, foram suspensas, e os MRs que estavam rodando nessa área foram redirecionados para as atividades de emergência ginecológica, planejamento reprodutivo, atendimento às mulheres vítimas de violência sexual e com infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), obstetrícia (pré-natal de risco habitual e de alto risco, emergência obstétrica, assistência ao parto e puerpério, e mulheres em situação de abortamento) e atendimento em unidade de terapia intensiva (UTI), ficando sobrecarregados os cenários de práticas.

As aulas teóricas presenciais foram transferidas para o meio virtual (remoto) em plataformas como Google Meet, Zoom, entre outras. Houve a participação dos MRs em um maior número de eventos *on-line* tanto pela Federada como pela Federação de Ginecologia e Obstetrícia, aumentando, assim, para a carga horária máxima de atividades teóricas.

O ônus dessa situação inédita que vivenciamos pode ser, de alguma forma, minimizado com a organização dos serviços de saúde que atendem as gestantes.

Desde o início da pandemia, inúmeros protocolos de atendimento foram criados e atualizados, entre os quais podemos citar:[11]

- Oferta de um *call center* para as gestantes, para que elas possam realizar contato telefônico prévio para informar sobre sinais e sintomas da COVID-19. Se houver sintomas presentes, o MR as orientará a procurarem atendimento específico no hospital ou maternidade para pacientes com COVID-19;
- Atendimento seguro – Os serviços de saúde passaram a oferecer entrada, espaços físico e pessoal diferenciado, com toda segurança e proteção, para o atendimento de gestantes com e sem sintomas e sinais sugestivos do SARS-CoV-2;
- Orientação telefônica sobre métodos contraceptivos, por meio do Programa "COVID Mulher", da Associação dos Obstetras e Ginecologistas de Rondônia (Assogiro), realizado por MRs;

- Oferta de triagem pré-atendimento para todos os MRs que se apresentarem ao serviço, bem como para aqueles com sinais e sintomas sugestivos de COVID-19;
- Garantia de equipamentos de proteção individual (EPIs) para proteção e segurança dos MRs;
- Afastamento imediato dos MRs com sintomas suspeitos de COVID-19, até a conclusão do resultado;
- Afastamento das MRs gestantes e residentes que possuam fatores de risco para COVID-19.

Os protocolos também incluíram as seguintes orientações aos MRs:

- Lavagem das mãos antes e após o atendimento. Na falta de local adequado para lavagem das mãos, pode ser utilizado álcool em gel;[4]
- Utilização de máscaras (cirúrgica, N95, PPF2) e proteção ocular (*face shield* ou óculos de proteção) durante todo o atendimento. Ressaltamos que óculos comuns para correções de refração não substituem a proteção ocular recomendada;[4]
- Orientação sobre a importância da vacinação contra influenza para todos os MRs;
- Orientação para que a gestantes também utilizem máscaras, podendo neste caso ser utilizadas máscaras de pano, feitas em casa com materiais de baixo custo.

O olhar do MR sobre as mudanças nos PRMGO de Rondônia

A RM, por natureza, exige do MR bastante resistência, em razão do trabalho extenuante, da carga horária, das limitações de convívio com familiares e amigos, da remuneração insatisfatória e desproporcional ao serviço prestado, entre outros. Inobstante tudo isso, desde o início da pandemia do novo coronavírus (COVID-19), devido às restrições a ela inerentes, a situação tornou-se ainda mais difícil.

A complexidade da situação reside no fato de que, durante a pandemia, uma parcela significativa da força de trabalho da linha de frente do enfrentamento à COVID-19 é caracterizada pelos MRs espalhados pelos lugares mais longínquos do Brasil.

Em um estudo acerca da demografia médica no Brasil realizada em 2017, foi constatado que 35.187 médicos estavam cursando RM, em 6.574 programas de 790 instituições credenciadas pela CNRM.[21]

Certamente esse número foi ampliado nos dias atuais, e muitos desses profissionais deixaram suas atividades rotineiras na especialidade e passaram a ser realocados no enfrentamento à pandemia, implicando um volume ainda maior de trabalho e vivência em uma situação de estresse e desgaste emocional e mental.

Um dos principais temores de todos os MRs reside no fato de que o tempo dedicado ao tratamento dos enfermos, alheios à sua área de especialização, bem como às restrições impostas à realização de atendimento/procedimentos eletivos, prejudique em demasia a sua formação especializada.

Com o intuito de formalizar e padronizar as atividades dos PRMs no Brasil, a CNRM divulgou, em 14 de maio de 2020, a Nota Técnica nº 1/2020/CNRM/CGRS/DDES/SESU/SESU, que traz recomendações para as Comissões Estaduais de Residência Médica (Cerem) e para as Coremes nas instituições de saúde que ofertam PRMs quanto ao desenvolvimento das atividades durante o enfrentamento à pandemia por COVID-19, nos seguintes termos:[22] "Que nesse momento de necessária ação coordenada, as COREMEs promovam a integração e requeiram a colaboração profissional do seu corpo de supervisores, preceptores e médicos-residentes, tendo em mente que o Projeto Pedagógico de cada Programa de Residência Médica, antes planejado para acontecer em etapas anuais e executado em rodízios ou estágios, necessitará de flexibilidade na estrutura do programa para se adequar à realidade sociossanitária do momento".

Nos PRMGOs da Maternidade Municipal Mãe Esperança (MMME), e do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HBAP), que é um hospital estadual, são oferecidas atividades teóricas e práticas. As atividades teóricas contemplam aulas teóricas formais ministradas pelos *staffs* e atividades desenvolvidas pelos MRs do segundo ano (clube de revista), que incluem discussão de casos clínicos e artigos científicos, com a participação de residentes do primeiro ano.

De forma sucinta, os PRMGOs da MMME e do HBAP estão estruturados da seguinte maneira:

Programação Anual da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia

R1	Ginecologia	6 meses
	Obstetrícia	6 meses
R2	Ginecologia	4 meses
	Obstetrícia	4 meses
	Neonatologia	1 mês
	UTI	1 mês
	Cirurgia Geral	1 mês
	Oncoginecologia*	1 mês
R3	Ginecologia	3 meses
	Obstetrícia	3 meses
	Mastologia	3 meses
	UTI	1 mês
	Optativa**	até 3 meses

* O estágio de oncoginecologia é realizado no Hospital de Amor Amazônia – extensão do Hospital de Câncer de Barretos no município de Porto Velho/RO. ** O médico-residente pode utilizar esse período para treinamento em qualquer PRM do Brasil, desde que não haja estágio equivalente no seu PRM.

O rodízio na especialidade de ginecologia é composto por atendimento ambulatorial nas áreas de ginecologia geral e cirúrgica, planejamento reprodutivo, climatério, oncologia ginecológica, ISTs, colposcopia e cirurgias eletivas e de urgências.

O rodízio de obstetrícia de risco habitual e de alto risco, por sua vez, compreende o acompanhamento de pré-natal e de pacientes internadas com patologias na gestação, atendimento das gestantes durante o trabalho de parto, parto e puerpério, assistência à mulher em situação de abortamento e de violência sexual, bem como a realização de cirurgias obstétricas de urgência.

Convém destacar que, desde o início da pandemia, os rodízios dos PRMGOs sofreram mudanças consideráveis, especialmente no âmbito da ginecologia, pois tanto os atendimentos ambulatoriais quanto as cirurgias eletivas foram suspensos integralmente desde o mês de março de 2020. O mesmo fato ocorreu com os rodízios especiais que ocorrem no segundo ano da RM – cirurgia geral e UTI –, o que implicou uma concentração maior de atividades na área da obstetrícia pelos residentes que passavam naqueles estágios.

As aulas teóricas presenciais passaram a ser virtuais, inclusive com aumento de carga horária destinada a essa formatação no nosso PRM, tanto como forma de aperfeiçoamento dos conhecimentos sobre a COVID-19 nas gestantes, como de atualização acerca dos assuntos referentes à especialidade em estudo.

O fluxo de atendimento das gestantes acometidas e/ou suspeitas de infecção pela COVID-19 foi estipulado da seguinte forma: o primeiro atendimento – a triagem – das pacientes ocorre na MMME e, se necessário, elas são encaminhadas para internação no HBAP, onde foi instalada uma enfermaria específica para atender esse grupo de pacientes, bem como o local em que recebem, quando necessário, tratamento nas unidades de terapia intensiva ou semi-intensiva. É também no HBAP que ocorrem os partos das pacientes com confirmação e/ou suspeita de infecção pela COVID-19.

Portanto, os MRs do PRM do estado de Rondônia vivenciaram uma experiência única, uma vez que estão acompanhando as gestantes acometidas pela COVID-19 desde a sua triagem, passando pela internação e seguindo até a resolução da gestação.

Todavia, inegavelmente, todos os residentes manifestam o mesmo sentimento no sentido de temerem pelo prejuízo que estão sofrendo em sua formação, especialmente no rodízio da ginecologia, tendo em vista a impossibilidade de praticar os atendimentos ambulatoriais, bem como cirurgias eletivas, o que, sem dúvida, prejudicou a sua formação na especialidade. Diante desse panorama, nos perguntamos: como poderemos recuperar esse tempo "perdido"? O fato é que, ao completarmos nossa carga horária de conclusão da especialidade, essas horas de treinamento desviadas da especialidade nos farão uma falta incomensurável.

2. Programa de PRMGO do Hospital Universitário de Brasília

Olhar do MR

O PRMGO do Hospital Universitário de Brasília (HUB) vivenciou uma mudança em toda sua organização estrutural por causa da pandemia da COVID-19. Ainda em março de 2020, diante da necessidade de medidas de distanciamento, todos os ambulatórios de ginecologia e cirurgias eletivas foram suspensos, funcionando apenas as consultas de pré-natal de alto risco e as cirurgias oncológicas.

O número de partos na emergência obstétrica aumentou consideravelmente em razão da reorganização do fluxo de gestantes para que o Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal recebesse apenas pacientes com suspeita e confirmação da infecção pelo SARS-CoV-2. Com o aumento da demanda na emergência obstétrica e a necessidade de diminuir horas hospitalares e, assim, o risco de contágio, toda a escala foi redefinida com uma menor carga horária (48 horas semanais de prática hospitalar), com atividades predominantemente na área de obstetrícia.

As atividades do PRMGO do HUB são divididas de tal forma que a maior parte do treinamento em ginecologia ocorre no segundo e no terceiro ano de RM, em ambulatórios de cirurgia ginecológica, uroginecologia, ginecologia oncológica, endocrinologia ginecológica, mastologia, endoscopia ginecológica, patologias do trato genital inferior e colposcopia. O treinamento em procedimentos de ginecologia também ocorre predominantemente no segundo e no terceiro ano do programa.

Com a suspensão dessas atividades, os residentes foram realocados em atividades na obstetrícia (centro obstétrico, maternidade de alto risco, pré-natal de alto risco e ultrassonografia). Para suprir as deficiências em ginecologia, buscamos realizar um maior número de atividades teóricas, e realizamos o curso de uroginecologia e de ultrassonografia, além de outras aulas teóricas durante o ano, abordando assuntos importantes na ginecologia. As atividades científicas semanais ordinárias com o departamento, residentes e internos foram realizadas no formato de ensino remoto.

Vivenciamos em 2020 uma pandemia sem precedentes na história recente, e os impactos na saúde pública e na economia provavelmente ainda serão sentidos nos próximos anos. Nós, médicos em especialização, sedentos por aprofundar conhecimentos na área que escolhemos para atuar, fomos obrigados a dar um passo atrás, a lidar com as incertezas dentro da medicina e a buscar conhecimento de outras formas, tentando diminuir, assim, os impactos da COVID-19 na nossa formação como especialistas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por se tratar de uma doença pouco conhecida e ainda sem controle efetivo, o processo clínico e sanitário se torna muito dinâmico, sempre apresentando novos pa-

radigmas. A pandemia da COVID-19 continua a ser uma situação em rápida evolução e, à medida que novas pesquisas e dados são disponibilizados, as recomendações de cuidados clínicos devem ser refinadas para refletir as informações mais atuais. A prioridade hoje é diminuir a carga de saúde pública da COVID-19. Os supervisores e preceptores devem colaborar na conscientização dos MRs para realizarem práticas seguras de higiene das mãos, uso de máscaras, distanciamento social e etiqueta da tosse, ficarem em casa sempre que possível e desinfetarem superfícies frequentemente. Enquanto não houver vacina, esses cuidados podem reduzir a contaminação e salvar vidas. Não podemos nos furtar de oferecer o cuidado qualificado centrado nas necessidades de cada mulher e de tentar propiciar, mesmo em tempos de pandemia, uma experiência positiva e segura durante a RM, como preconizam as boas práticas da OMS.

REFERÊNCIAS

1. Michel JLM, Oliveira RAB, Nunes MPT. Residência médica no Brasil. Cad ABEM. 2011;7:7-12.
2. Decreto nº 91.364, de 21 de junho de 1985. Altera a redação do § 1º do artigo 2º do Decreto nº 80.281/77, que dispõe sobre a constituição da Comissão Nacional de Residência Médica. Diário Oficial da União [Internet]. 1985 Jun 22 [cited 2020 Nov 26];Seção 1:8793. Available from: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=537-decreto-91364-21061985&category_slug=documentos-pdf&Itemid=30192
3. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 5, de 12 de novembro de 1979. Estabelece normas, duração e carga horária dos programas [Internet]. 1979 [cited 2020 Nov 26]. Available from: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/CNRM0579.pdf
4. Ribeiro MAA. Apontamentos sobre residência médica no Brasil [Internet]. Brasília (DF): Câmara dos Deputados, Consultoria Legislativa; 2011 [cited 2020 Nov 26]. Available from: https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/estudos-e-notas-tecnicas/publicacoes-da-consultoria-legislativa/areas-da-conle/tema11/2011_123.pdf
5. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1981 Jul 9;Seção 1:12789.
6. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 2, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências [Internet]. 2006 [cited 2020 Nov 26]. Available from: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/resolucao02_2006.pdf
7. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Matriz de Competências – Ginecologia e Obstetrícia [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 26]. Available from: http://portal.mec.gov.br/docman/novembro-2018-pdf/102851-matriz-ginecologia-e-obstetricia/file
8. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. Lancet. 2020;396(10255):874. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32000-6
9. Jakobi HR. Diário de uma pandemia: Glossário do Coronavírus [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 28]. Available from: http://www.jakobi.com.br/assets/docs/trabalhos/Di%C3%A1rio%20de%20uma%20pandemia.pdf
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Associação Nacional de Medicina do Trabalho. Guia prático de gestão em saúde no trabalho para COVID-19 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [cited 2020 Nov 28]. Available from: https://www.anamt.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/07/Guia-Pratico-de-Gestao-em-Saude-no-Trabalho-para-COVID-19_20-07-20.pdf
11. Jakobi HR. Medidas para prevenção, controle e mitigação dos riscos de transmissão da COVID-19 em ambientes de trabalho nas empresas [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 28]. Available from: http://www.jakobi.com.br/assets/docs/trabalhos/Medidas%20para%20preven%C3%A7%C3%A3o,%20controle%20e%20mitiga%C3%A7%C3%A3o%20COVID%2019%20nas%20empresas.pdf
12. Jakobi HR. Riscos dos profissionais de saúde no enfrentamento da Pandemia de COVID-19 e a seguridade social [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 28]. Available from: http://www.jakobi.com.br/assets/docs/trabalhos/riscos_dos_profissionais_COVID19.pdf
13. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Diário Oficial da União [Internet]. 2020 Feb 7 [cited 2020 Nov 28]; Seção 1:1. Available from: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735
14. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial de Saúde. Folha Informativa – COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 28]. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875
15. Presidência da República. Medida Provisória nº 927, de 22 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19), e dá outras providências [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 28]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv927.htm
16. Governo do Estado de Rondônia. Superintendência Estadual de Comunicação. Decreto nº 24.979, de 26 de abril de 2020. Dispõe sobre o Estado de Calamidade Pública, regulamenta quarentena e restrição de serviços e atividades em todo o território do Estado de Rondônia e revoga o Decreto nº 24.919, de 5 de abril de 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 28]. Available from: http://www.rondonia.ro.gov.br/publicacao/decreto-n-24-979-de-26-de-abril-de-2020/
17. Governo do Estado de Rondônia. Superintendência Estadual de Comunicação. Decreto nº 25.049, de 14 de maio de 2020. Institui o Sistema de Distanciamento Social Controlado para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pelo novo Coronavírus – COVID-19, no âmbito do Estado de Rondônia, reitera a declaração de Estado de Calamidade Pública em todo o território estadual e revoga o Decreto nº 24.979, de 26 de abril de 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 28]. Available from: http://www.rondonia.ro.gov.br/publicacao/decreto-n-25-049-de-14-de-maio-de-2020/
18. Jakobi HR. Telemedicina: uma perspectiva para a saúde de Rondônia. Porto Velho: O Autor; 2017.
19. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.643, de 7 de agosto de 2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina [Internet]. 2002 [cited 2020 Nov 28]. Available from: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1643
20. Ministério da Saúde. Portaria nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Diário Oficial da União [Internet]. 2020 Mar 23 [cited 2020 Nov 28];Seção 1:1. Available from: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996
21. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Miotto BA, Mainardi GM. Demografia médica no Brasil 2018 [Internet]. São Paulo: FMUSP/CFM/Cremesp; 2018 [cited 2020 Nov 28]. Available from: https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf
22. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Nota Técnica nº 01/2020/CNRM/CGRS/DDES/SESU/SESU. Recomendações quanto ao desenvolvimento das atividades dos Programas de Residência Médica (PRMs) durante enfrentamento à pandemia por COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 28]. Available from: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145481-sei-23000&category_slug=2020&Itemid=30192