

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO

**PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES DE GERIATRIA DO PARANÁ
SOBRE A RESIDÊNCIA MÉDICA DURANTE A PANDEMIA DE
COVID-19**

CURITIBA
2022

PALOMA MATIAZZO PEÑA LUPIAÑES

**PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES DE GERIATRIA DO PARANÁ
SOBRE A RESIDÊNCIA MÉDICA DURANTE A PANDEMIA DE
COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde das Faculdades Pequeno Príncipe, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rogério Saad Vaz

CURITIBA

2022

L965p

Lupiañes, Paloma Matiazco Peña
Percepção dos residentes de geriatria do Paraná sobre
a residência médica durante a pandemia de COVID-19 /
Paloma Matiazco Peña Lupiañes - Curitiba, 2021.
70f.: il.; 30cm

Orientador: Rogério Saad Vaz

Dissertação (Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde)
– Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da
Saúde, Faculdades Pequeno Príncipe.

1. Geriatria. 2. Residência médica – Paraná. 3. COVID-19. I.
Vaz, Rogério Saad (orient.). II. Título.

CDD 618.97

CDU 616-053.9

Ficha elaborada pela bibliotecária Maria Isabel Schiavon Kinasz – CRB9/626

TERMO DE APROVAÇÃO

PALOMA MATIAZZO PENA LUPIANES

“Percepção dos Residentes de Geriatria do Paraná sobre a Residência Médica durante a Pandemia Covid-19”

Dissertação **aprovada** como requisito parcial para obtenção do grau de **MESTRE (A)**, no Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe, pela seguinte banca examinadora:

Orientador (a):



Prof. Dr. Rogério Saad Vaz

Doutor em Engenharia de Bioprocessos e Biotecnologia pela Universidade Federal do Paraná (2006). Professor, Pesquisador e Gestor de Internacionalização da Faculdades Pequeno Príncipe.



Prof.ª Dr.ª Maria Rosa Machado Prado

Doutora em Processos Biotecnológicos pela Universidade Federal do Paraná (2014). Professora e Orientadora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe..



Prof.ª Dr.ª Mara Eli de Matos

Doutora em Engenharia de Bioprocessos e Biotecnologia pela Universidade Federal do Paraná (2015). Professora de Graduação e Pós-Graduação da Faculdade de Administração, Ciências, Educação e Letras (FACECEL).

Curitiba, 24 de fevereiro de 2022.



AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e por me guiar ao longo das minhas escolhas;

Ao meu orientador, Professor Dr. Rogério Saad Vaz, pelo auxílio na elaboração deste trabalho;

Aos colegas de residência que participaram voluntariamente deste estudo, que dispuseram de seu tempo para que o trabalho pudesse ocorrer e aceitaram serem entrevistados;

Aos demais professores e alunos da turma do mestrado que conheci ao longo deste curso, que abriram as portas para novos conhecimentos e pela amizade.

À minha família, principalmente aos meus pais, por terem transmitido a importância de sempre estar estudando e nos aprimorando.

RESUMO

Introdução: A pandemia da COVID-19 tem gerado mudanças sem precedentes no mundo acadêmico até então. Uma vez inseridos nos sistemas de atenção à saúde os programas de Residência Médica tiveram que adequar o processo de ensino-aprendizagem ao novo momento ao passo que os médicos residentes assumiram o papel de enfrentamento a COVID-19 modificando a forma como as atividades eram desenvolvidas até então. **Objetivos:** compreender a percepção dos residentes de Geriatria da cidade de Curitiba/PR em relação a forma como ocorreu o seu processo de aprendizagem na residência durante o período de pandemia de COVID-19, no Brasil, de março a novembro de 2020. Além disso, buscou-se determinar, a partir da visão dos residentes, como foi o processo de formação prática e teórica, identificar possíveis dificuldades e ganhos e apresentar diferentes metodologias de aprendizagem utilizadas durante a pandemia da COVID-19. **Materiais e métodos:** A pesquisa qualitativa contou com a participação de 10 residentes/especializandos de geriatria que realizaram a sua formação na cidade de Curitiba/PR no ano de 2020. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas individuais gravadas e direcionadas por um roteiro de questões semiestruturado elaborado pelos próprios autores. Os dados foram analisados pela proposta de análise temática elaborada por Minayo. Os relatos foram classificados em duas categorias: processo de formação em geriatria no contexto da pandemia: da teoria à prática e processo de formação em geriatria no contexto da pandemia: fragilidades e potencialidades. Da primeira categoria emergiram três unidades de contexto: percepção quanto ao cenário de prática: adaptações ao novo contexto; percepção quanto à formação em Geriatria: vivência da especialidade e percepção quanto à formação em Geriatria: da especialidade à multidisciplinaridade. Da segunda categoria emergiram três unidades de contexto: adaptações ao novo contexto: desvelando o papel do preceptor; adaptações ao novo contexto: novas formas de aprender e melhorar a formação; e vivência da especialidade: habilidade de comunicação interpessoal e resiliência. **Resultados e discussão:** Todos os participantes relataram que a pandemia prejudicou o seu aprendizado durante a residência e alterou a rotina do serviço de residência em relação às atividades práticas e teóricas anteriormente desenvolvidas. A maioria

destes acredita que mudanças realizadas na residência em função da pandemia podem ser úteis para um momento pós-pandemia, destacando principalmente o aprendizado de forma remota e a discussão por equipes multidisciplinares. Apesar dos discursos revelarem a existência de pontos negativos para a aprendizagem também foram encontrados pontos positivos como a busca por novas formas de aprender e novas metodologias que facilitam o ensino, assim como o desenvolvimento da habilidade de comunicação e resiliência. **Conclusão:** A pandemia inegavelmente impactou na formação dos residentes de geriatria do Paraná tornando o processo de formação da residência desafiador. Embora um desafio, também se mostrou como uma oportunidade de novas experiências e vivências aos profissionais e de repensar o ensino médico a fim de melhorar progressivamente a aprendizagem dos futuros especialistas.

Palavras-Chave: Residência Médica. Geriatria. COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic has generated unprecedented changes in the academic world so far. Once inserted in the health care systems, the Medical Residency programs had to adapt the teaching-learning process to the new moment, while the resident physicians took on the role of coping with COVID-19, modifying the way activities were developed until then. **Objectives:** To understand the perception of Geriatrics residents in the city of Curitiba/PR in relation to how their learning process took place at home during the COVID-19 pandemic period in Brazil, from March to November 2020. In addition, we sought to determine, from the residents' point of view, how the practical and theoretical training process was, identify possible difficulties and gains and present different learning methodologies used during the COVID-19 pandemic. **Materials and methods:** The qualitative research involved the participation of 10 geriatric residents/specialists who underwent their training in the city of Curitiba/PR in 2020. Data collection took place through recorded individual interviews directed by a semi-structured script of questions prepared by the authors themselves. Data were analyzed using the thematic analysis proposal developed by Minayo. The reports were classified into two categories: geriatrics training process in the context of the pandemic: from theory to practice and geriatrics training process in the context of the pandemic: weaknesses and potential. Three context units emerged from the first category: perception of the practice scenario: adaptations to the new context; perception regarding training in Geriatrics: experience of the specialty and perception regarding training in Geriatrics: from specialty to multidisciplinary. Three context units emerged from the second category: adaptations to the new context: revealing the role of the preceptor; adaptations to the new context: new ways of learning and improving training; and experience of the specialty: interpersonal communication skills and resilience. **Results and discussion:** All participants reported that the pandemic hampered their learning during the residency and changed the routine of the residency service in relation to the practical and theoretical activities previously developed. Most of these believe that changes made in the residence due to the pandemic can be useful for a post-pandemic moment, mainly highlighting remote learning and discussion by multidisciplinary teams. Despite the speeches revealing the existence of negative points for learning, positive

points were also found, such as the search for new ways of learning and new methodologies that facilitate teaching, as well as the development of communication skills and resilience. **Conclusion:** The pandemic undeniably impacted the training of geriatric residents in Paraná, making the residency training process challenging. Although a challenge, it also proved to be an opportunity for professionals to experience new experiences and to rethink medical education in order to progressively improve the learning of future specialists.

Keywords: Medical Residency. Geriatrics. COVID-19.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	OBJETIVOS	11
1.1.1	Objetivo Geral	11
1.1.2	Objetivos Específicos	11
2	REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1	O ENSINO-APRENDIZAGEM NA RESIDÊNCIA MÉDICA	12
2.2	RESIDÊNCIA MÉDICA EM GERIATRIA	16
2.3	O ENSINO NA RESIDÊNCIA MÉDICA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19	18
2.4	O USO DE DIFERENTES METODOLOGIAS DE APRENDIZAGEM DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19	21
3	METODOLOGIA DA PESQUISA	23
3.1	TIPO DE PESQUISA	23
3.2	CONTEXTO DO ESTUDO E PARTICIPANTES DO ESTUDO	24
3.3	COLETA DOS DADOS	25
3.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	25
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	26
4	RESULTADOS E DISCUSÃO DOS DADOS	28
5	CONCLUSÃO	61
6	REFERÊNCIAS	63

1 INTRODUÇÃO

No final do ano de 2019, iniciou-se um novo capítulo na história da humanidade que trouxe consigo transformações e novos desafios para o ensino médico (DE OLIVEIRA, 2020).

Em dezembro de 2019, a China apresentou os primeiros relatos de um novo coronavírus (SARS-COV-2), associado a uma síndrome respiratória aguda grave, potencialmente fatal, designado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como COVID-19 (CHEN, 2020). Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou o surto de SARS-CoV-2 como pandêmico, dada a rápida disseminação a nível global, o que se mantém mesmo depois de medidas governamentais de controle e isolamento social (HUANG, 2020).

A pandemia causada pelo vírus responsável pela COVID tem gerado mudanças sem precedentes no mundo acadêmico até então. Grande parte das atividades foram interrompidas, criando desafios tanto para os professores como para os estudantes e demandando destes a habilidade de adaptação (TAYLOR, 2020). Além disso, exigiu o uso de técnicas e recursos educacionais com os quais muitos não estavam familiarizados até então (NÚÑEZ-CORTÉS, 2020).

Uma vez inseridos nos sistemas de atenção à saúde, seja ele público ou privado, os programas de Residência Médica tiveram que revisar e adequar o processo de ensino-aprendizagem ao novo momento e seus respectivos médicos residentes assumiram o papel de enfrentamento contra a COVID-19, junto aos outros profissionais que estavam na linha de frente, modificando a forma como as atividades eram até então desenvolvidas (DE OLIVEIRA, 2020).

A Residência Médica em Geriatria compreende uma etapa da formação médica em que o estudante busca o desenvolvimento e aperfeiçoamento das habilidades indispensáveis para conduzir uma adequada assistência global à saúde do idoso contemplando desde a prevenção primária até aos cuidados paliativos (SBGG, 2011).

Para auxiliar nos desafios dessa formação, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) criou as diretrizes para a Residência Médica em Geriatria que norteiam como deve ocorrer o processo ensino-aprendizagem nesta

pós-graduação a fim garantir a formação de profissionais capacitados para atuarem de maneira integral no cuidado a pessoa idosa (SBGG, 2011).

Contudo, em um momento em que estas recomendações ainda estavam gradativamente se solidificando surgiu a pandemia da COVID-19 e com ela a necessidade de uma rápida adaptação à nova realidade, com marcante impacto sobre a formação do residente em geriatria.

Os residentes em geriatria em sua totalidade vivenciaram as consequências da pandemia sobre seu processo de formação. Isso se deu tanto em função do caráter longitudinal de assistência ao paciente que é próprio desta especialidade, como em decorrência das altas taxas de complicações, hospitalizações e letalidades por SARS-CoV-2 associadas aos pacientes idosos (MACHADO, 2020).

A investigação sobre como os residentes compreendem a sua formação nesse período de pandemia e sobre quais as potencialidades e dificuldades enxergam para a sua aprendizagem, dado o caráter recente, ainda não foi devidamente explorada pela literatura. Sendo assim, além de servir como um registro histórico e possibilitar o conhecimento de estratégias exitosas e falhas que auxiliem no enfrentamento de uma situação semelhante futuramente, a pesquisa poderá contribuir para o surgimento de importantes questionamentos sobre o processo formativo durante a residência médica.

Desse modo, a presente pesquisa pretendeu responder a seguinte pergunta: Qual a percepção dos residentes de geriatria da cidade de Curitiba/PR sobre os impactos da pandemia da COVID-19 no seu processo de aprendizagem na Residência Médica?

Esta pesquisa de abordagem qualitativa que seguiu a técnica de Análise de Conteúdo temática proposta por Minayo investigou a percepção dos residentes de Geriatria da cidade de Curitiba/PR em relação à forma como ocorreu o seu processo de aprendizagem na residência durante o período de pandemia de COVID-19, no Brasil de março de 2020 a março de 2021. A coleta de dados aconteceu em abril de 2021 por meio de entrevistas individuais direcionadas por um roteiro de questões semiestruturado com os residentes de geriatria que realizaram a sua formação na cidade de Curitiba no ano de 2020. Buscou-se por meio dela a definição do processo de formação prática e teórica na Residência Médica de Geriatria no Paraná durante a pandemia de COVID-19, a identificação de possíveis dificuldades e ganhos para a

formação do residente de geriatria e as diferentes metodologias de aprendizagem utilizadas durante a pandemia.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

A presente pesquisa de dissertação tem por objetivo geral compreender a percepção dos residentes de Geriatria da cidade de Curitiba/PR em relação a forma como ocorreu o seu processo de aprendizagem na residência durante o período de pandemia de COVID-19, no Brasil, de março a novembro de 2020.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Determinar, a partir da visão dos residentes, como foi o processo de formação prática e teórica na Residência Médica de geriatria no Paraná durante a pandemia de COVID-19.
- Identificar possíveis dificuldades e ganhos na visão dos residentes de geriatria sobre o processo de aprendizagem durante a residência médica diante do momento da pandemia de COVID-19.
- Apresentar diferentes metodologias de aprendizagem utilizadas durante a pandemia da COVID-19.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O ENSINO-APRENDIZAGEM NA RESIDÊNCIA MÉDICA

A residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* (especialização) destinada a médicos e caracterizada por treinamento em serviço, sob a forma de curso de especialização (BRASIL, 1981) cujas atividades devem ser supervisionadas por profissionais de reconhecida competência ética e técnica (SOUSA, 2001).

Há 131 anos, William Halsted criou o primeiro programa de Residência Médica (1889), no departamento de Cirurgia da Universidade de John's Hopkins. No Brasil, a Residência Médica iniciou-se na década de 1940, mais precisamente em 1944, quando foram implementados, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, os primeiros programas, nas áreas de Ortopedia, Cirurgia, Clínica Médica e no Serviço de Físico-Biológica Aplicada. A Residência Médica, vem sendo ao longo dessas quase oito décadas consagrada como a melhor forma de inserção dos médicos na vida profissional e de capacitação em uma especialidade (NUNES, 2004).

Espera-se que ao ingressar nesta pós-graduação o residente consiga além do aperfeiçoamento da competência profissional, a assimilação de preceitos e normas éticas e o desenvolvimento do espírito crítico (SOUSA, 2015). Sendo que é neste momento que o estudante completa sua formação médica (BASTOS, 2019).

Quando bem estruturada, a Residência Médica passa a ser o alicerce da formação médica, de forma a elevar os padrões de excelência do profissional (HUGO, 2002). Os programas de residência devem oferecer, além da formação técnica, uma formação social e ética. A colaboração e convivência do médico residente com seus preceptores permite ao primeiro a oportunidade para adquirir hábitos, desenvolver seus talentos, refinar seus métodos de trabalho e de estudo, além de apurar sua percepção e fortalecer a sua autoconfiança (LANA-PEIXOTO, 1989).

Para poder ofertar programas de Residência Médica, a instituição interessada deve dispor de infraestrutura adequada, possuir programa pedagógico bem elaborado, permitir ao residente a execução de um número suficiente de

procedimentos e contar com a participação de preceptores preparados e disponíveis para a supervisão das atividades desenvolvidas pelos residentes (SOUZA, 2004).

Para a sua admissão em qualquer programa de Residência Médica, o candidato deverá submeter-se ao processo de seleção estabelecido pelo programa aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Ao ingressar em um programa de Residência Médica, são delegadas aos médicos residentes inúmeras atribuições que devem ser realizadas sob supervisão como coleta da história clínica, realização do exame físico, solicitação de exames complementares, orientação dos familiares, fornecimento da receita, entre outros. Além do caráter assistencial, essas atribuições fazem com que o residente adquira conhecimento prático e promovem o desenvolvimento de habilidades (HUGO, 2002).

Durante a residência, os objetivos da aprendizagem a serem alcançados devem estar bem explícitos no programa pedagógico, para que possam motivar o residente (SIMON, 2000). Além disso, os programas pedagógicos devem conter os conteúdos propostos, as atividades que serão desenvolvidas e as modalidades de avaliação a serem utilizadas em cada etapa da formação (SOUSA, 2001).

Os programas de Residência Médica, devido à sua característica de treinamento em serviço, dedicam de 80% a 90% da carga horária a estágios em serviços de saúde. As atividades teórico-práticas compreendem um mínimo de 10% e um máximo de 20% da carga horária total sob diversas formas como seminários, aulas expositivas e discussões clínico-patológicas, de acordo com o que for pré-estabelecido nos programas (BRASIL, 1981; SILVEIRA, 2004).

O oferecimento de um ambiente no qual novos conhecimentos e habilidades são obtidos regularmente é um ponto essencial para que a Residência Médica atinja mais facilmente os objetivos a que se propõe (BOTTI, 2010). Nesse sentido, a residência deve oferecer oportunidades clínicas variadas para que os estudantes exerçam o cuidado aos pacientes em diversas circunstâncias. Não deve exigir apenas atributos cognitivos dos residentes, mas estimular que eles cuidem bem de seus pacientes nas situações clínicas reais (WHITCOMB, 2007).

No ambiente da prática, o residente observa os preceptores, tomando-os como modelo não apenas de conhecimento e de habilidades técnicas, mas também como espelhos de comportamentos e atitudes (BRANCH, 2001).

O preceptor – profissional que acompanha o estudante no cenário prático, ensinando enquanto exerce suas atividades cotidianas – possui, de acordo com Botti

e Rego (2011), vários papéis no processo de formação da Residência Médica aproximando-se das figuras do orientador, do supervisor, do tutor e do docente. Cabe ao preceptor a tarefa de preparar o estudante para o exercício profissional. Entretanto, faz-se necessário superar as lacunas ainda existentes na formação majoritariamente deficitária dos preceptores, uma vez que tais profissionais possuem apenas especialização na área da saúde e quase nunca na da educação (AFONSO, 2012).

Embora a residência médica apresente grande importância na formação profissional, o processo de ensino-aprendizagem durante este período é ainda pouco estudado. Os trabalhos existentes na literatura em sua maioria discutem outros aspectos, como a organização dos programas e a titulação do corpo docente. Temas sobre como deve ser a formação do residente ou a forma como eles aprendem ainda são menos discutidos (FEUERWERKER, 1998).

As novas teorias educacionais valorizam a reunião de conhecimentos, mas afirmam ser mais importante a conexão entre os conteúdos desses conhecimentos, sua organização em conceitos, a percepção dos contextos em que podem ser utilizados e a possibilidade de aplicação desses conhecimentos (BRANSFORD, 2000).

O ensino médico durante a residência, à luz das novas teorias educacionais, deve auxiliar o futuro especialista no domínio de uma série de competências que respondam às necessidades da sociedade. Sendo assim, espera-se do residente que ele vá além da reunião de um somatório de conhecimentos e técnicas específicas, mas que consiga integrá-los em sua prática profissional, respondendo aos diferentes pacientes, em diferentes contextos (ROUSSEAU, 2007).

Ao estudar o ensino médico durante a residência, Whitcomb afirma que apenas competências informativas, baseadas no domínio de conhecimentos, não são suficientes para conferir a um residente a qualidade de bom profissional (WHITCOMB, 2007). Segundo Huddle e Heudebert (2007), o desenvolvimento das habilidades essenciais para um bom desempenho profissional só é conseguido se treinada durante a Residência Médica de maneira integrada, destacando-se o cuidado do paciente como um todo e não o treinamento de habilidades isoladas.

Megale LM (2007) destaca que a Residência Médica baseada no desenvolvimento de competências já é uma realidade em diversos países do mundo.

No Brasil, por sua vez, alguns programas de residência médica também buscam esse modelo de formação por entendê-lo como mais adequado e completo (BASTOS, 2019).

O primeiro passo a ser considerado no caminho do ensino-aprendizagem durante a residência que adota o modelo de formação por competências é explicitar ao aprendiz o que ele deve compreender e o que deve ser capaz de fazer com o que compreendeu. O segundo passo é oferecer experiências variadas que permitam ao residente aprender a captar pistas ou sinais relevantes nas situações encontradas e a buscar, na memória, ações apropriadas, efetivas e pertinentes para serem usadas em situações posteriores (SIMON, 2000).

À medida que se entende que a residência deve se preocupar com a formação de competências o processo avaliativo na residência também deve refletir esses objetivos, indo além da avaliação de conhecimentos acumulados.

A comissão nacional de residência médica, por meio da resolução 02/2006, normatiza que os médicos residentes devem ser avaliados regularmente quanto as suas habilidades práticas (BRASIL, 2006). Os critérios da avaliação devem ser estabelecidos previamente, antes do início das atividades planejadas, e os residentes devem ter conhecimento dos resultados obtidos (SOUSA, 2001).

Recomenda-se que as avaliações devem estar conectadas aos objetivos de aprendizagem e que os resultados dessas avaliações sejam registrados e discutidos em reunião com os residentes e preceptores envolvidos a fim de se permitir um caráter formativo do processo avaliativo e motivar o residente a seguir aprendendo (NORCINI, 2007; SOUSA, 2001).

Contudo, a avaliação nos programas de residência médica em sua maioria ainda não é realizada de forma estruturada, faltando uma avaliação de forma global das competências necessárias para a formação do residente enquanto especialista (SOUSA, 2015).

Crescem em número os estudos que propõem que os médicos residentes deveriam ser avaliados também em suas habilidades e atitudes, idealmente em cenários do mundo real como ambulatórios, enfermarias, prontos socorros, entre outros (BUSARI, 2014; EPSTEIN, 2007; SOUSA, 2015).

2.2 RESIDÊNCIA MÉDICA EM GERIATRIA

Atualmente, o Brasil, assim como diversos países ao redor do mundo, vivencia uma aceleração do processo de envelhecimento da população. Segundo o relatório de 2017 da Organização das Nações Unidas sobre o envelhecimento, há uma projeção que nas próximas décadas os países subdesenvolvidos irão se tornar tão ou mais envelhecidos que os países de primeiro mundo (ONU, 2017). Entre 2017 e 2050, a porcentagem da população com 60 anos ou mais deverá aumentar de 13% para 30% no Brasil, 16 para 35% na China e de 9% para 32% no Irã. Ademais, calcula-se que para o Brasil, serão necessários apenas 25 anos para que o índice de pessoas idosas dobre de 7% para 14% do total da população brasileira (ONU, 2017). Dessa forma, vê-se necessário a preparação do sistema de saúde, sistema previdenciário e assistencial para atender as demandas desta crescente população.

Formar e capacitar profissionais de saúde para o atendimento adequado da população geriátrica, torna-se então, um desafio educacional urgente, frente a necessidade de um cuidado especializado do idoso.

A Geriatria refere-se à especialidade médica responsável pelo estudo dos aspectos clínicos do envelhecimento e pelos amplos cuidados de saúde necessários às pessoas idosas. É a área da medicina que cuida da saúde e das doenças da velhice; que atua sobre os aspectos físicos, mentais, funcionais e sociais com o objetivo principal de otimizar a capacidade funcional, melhorar a qualidade de vida e a autonomia dos idosos (KIKUCHI, 2012).

A Geriatria como especialidade médica embora cuide de uma população de faixa etária mais velha é relativamente nova. Ainda que tenha iniciado nos Estados Unidos e na Europa na década de 40, só começou a ser introduzida no Brasil na década de 70 (KIKUCHI, 2012).

Os programas *stricto-sensu* na área do envelhecimento e saúde do idoso, por sua vez, se iniciaram apenas na década de 90 e ainda são insuficientes para formar um número necessário de profissionais habilitados para reconhecer e atuar sobre as peculiaridades do envelhecimento humano (GALERA, 2017).

O acentuado envelhecimento da população mundial aumenta a demanda por profissionais especializados para o atendimento adequado da população idosa (VERAS, 2003) tornando um desafio educacional urgente dos países em

desenvolvimento, inclusive do Brasil, formar e capacitar esses profissionais (COSTA, 2003; COSTA, 2010).

A Residência Médica é o padrão-ouro na especialização dos profissionais da área de saúde. São disponibilizadas 135 vagas/ano no Brasil em programas de Residência Médica em Geriatria credenciados no MEC, com duração de dois anos, com 2.880 horas/ano (60 horas semanais por 2 anos) exigindo como pré-requisito 2 anos de Residência em Clínica Médica (BRASIL, 2015). No Paraná, Curitiba é a única cidade com formação em geriatria. São disponibilizadas 6 vagas/ano na modalidade de residência e 4 vagas/ano na modalidade de especialização.

O objetivo geral da Residência Médica em Geriatria é capacitar médicos a realizar prevenção, diagnóstico e tratamento especializado nas questões de saúde do indivíduo idoso, compreendendo as peculiaridades do processo do envelhecimento e seu aspecto multidimensional. O objetivo específico, expresso nas diretrizes, é que ao longo da formação o profissional deverá receber treinamento e orientação para conhecer e compreender o processo de envelhecimento e ter habilidades e atitudes para atuar na promoção, prevenção, manutenção e reabilitação da saúde do idoso (SBGG, 2011).

As atividades da residência devem ser divididas em treinamento em serviço com supervisão (80% da carga horária) e atividades didático-teóricas (20% da carga horária). A distribuição da carga horária de treinamento em serviço deve-se dar do seguinte modo: 40% da carga total em Unidade de Internação (Hospital e Instituição de Longa Permanência), 30% da carga horária total em Ambulatório e Assistência Domiciliar e 10% da carga horária total em Urgência e Emergência (Unidade de Terapia Intensiva e Unidade de Pronto Atendimento) (SBGG, 2011).

As Diretrizes da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) para os Programas de Residência Médica em Geriatria exemplificam alguns tipos de atividades didático-teóricas que podem ser desenvolvidas. Dentre elas encontra-se a participação em sessões anatomoclínicas, clínico-radiológicas e clínico-laboratoriais, cursos, palestras, seminários, discussão de artigos científicos, dentre outras atividades (SBGG, 2011).

Na questão da avaliação do desempenho dos residentes, as diretrizes propõem que seja realizada uma avaliação longitudinal trimestral que contemple diferentes habilidades como as de comunicação com o paciente, aplicação de ferramentas, relacionamento com a equipe; e também uma avaliação semestral. Esta deverá

avaliar competências e habilidades utilizando instrumentos de avaliação padronizados como Miniex – Miniexercício clínico avaliativo ou OSCE (*Objective Structured Clinical Examiner*). Além disso, deverá ser realizado *feedback* após a avaliação para que sejam reformulados os problemas encontrados (SBGG, 2011).

2.3 O ENSINO NA RESIDÊNCIA MÉDICA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Em dezembro de 2019 foi identificado um novo vírus chamado SARS-CoV-2, causador da doença COVID-19, responsável por quadros respiratórios com possibilidade de evolução para uma síndrome respiratória aguda grave (ZHOU, 2020). Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou a pandemia pelo COVID-19 e, desde 20 de março de 2020, o Brasil declarou a transmissão sustentada do COVID-19 em território nacional (SOEIRO, 2020).

Esse cenário implicou na necessidade de rever a forma como até então se dava o ensino médico, afim de diminuir a circulação de estudantes pelos diferentes cenários de aprendizagem e reduzir o contato presencial entre estudantes e preceptores. Essas medidas se mostraram necessárias uma vez que as evidências mostram que, mesmo garantindo os equipamentos de proteção individual, não é possível garantir totalmente a segurança (SOEIRO, 2020).

A epidemia de Covid-19 no Brasil já se constitui uma das mais impactantes questões de saúde pública na realidade do país e no mundo moderno, em decorrência das múltiplas consequências para a nossa sociedade. Ainda, que o foco esteja na proteção aos usuários e à comunidade, o cenário de epidemia no Brasil interferiu de forma abrupta no processo educacional da formação médica e de outros cursos da saúde, exigindo um remodelamento emergencial e demandando atenção e diálogo ágil entre educadores, gestores e sociedade (DE OLIVEIRA, 2020).

A preocupação com o impacto da pandemia na formação dos futuros médicos e futuros especialistas está presente ao redor do mundo (AHMED, 2020), com ênfase no desafio de adequação do processo formativo ao cenário da pandemia, em função da não integralização das cargas horárias preconizadas, do deslocamento

das atividades previstas para alguns campos de prática diversos e do uso adicional de tecnologias educacionais à distância (DE OLIVEIRA, 2020).

Cabe destacar ainda o contexto no qual o Brasil, e em especial a Residência Médica e seus cenários de atuação, se encontravam no momento de explosão da pandemia: consolidação progressiva da compreensão do caráter educacional da Residência Médica; investimento de recursos humanos e técnicos na (re)definição de competências profissionais específicas para a formação dos especialistas, bem como, a construção das matrizes de competência; indefinição de processo de avaliação educacional relacionado à formação com ênfase nas competências e aumento progressivo e contínuo do comprometimento à saúde física e mental dos médicos residentes (AFONSO, 2020).

A Residência Médica por ter sido inserida, como toda sociedade, de forma avassaladora na realidade trazida pela pandemia sofreu abruptas transformações. Todos os Programas de Residência Médica (PRM) tiveram seu processo de aprendizado transformado e suas rotinas mudadas radicalmente. Contudo, essa transformação não significa, necessariamente e de forma linear, prejuízo à formação para todas as especialidades. Consolida-se progressivamente a compreensão deste momento como uma oportunidade única de aprendizado em todas as áreas do conhecimento, em especial na Medicina, com formação de profissionais experientes em situações semelhantes, passíveis de ocorrer em futuro próximo (AFONSO, 2020).

Diante desse cenário, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) enunciou algumas sugestões, dentre as quais: a análise conjunta de matrizes de competências por preceptores e residentes a fim de identificar oportunidades de desenvolver essas competências nas atividades atuais, mesmo sendo elas relacionadas diretamente ao atendimento à COVID-19; e a valorização do alcance de aprendizados específicos como aqueles relacionados ao trabalho em equipe, ao cuidado integral de pacientes e seus familiares, à escuta ativa e comunicação de notícias difíceis, entre outros (AFONSO, 2020).

Segundo a ABEM, a participação dos residentes em atividades assistenciais, independentemente de estar ou não diretamente relacionada à pandemia, será considerada como período válido para formação no PRM. A mesma sugere que deve ser buscado um equilíbrio entre as atividades específicas do PRM e as atividades relacionadas ao atendimento à pandemia (AFONSO, 2020).

Nesse período, deve-se ter o cuidado com a organização das escalas de atuação dos médicos residentes com objetivo de garantir a carga horária máxima de 60 horas semanais, a participação em equipes de trabalho, a alternância de comparecimento visando redução de riscos de contaminação dentro das equipes e maximização dos benefícios em relação ao distanciamento periódico dos cenários de risco (AFONSO, 2020).

A ABEM recomendou que fosse feita a ampliação da oferta, a partir de núcleos da própria instituição ou de instituições parceiras, de apoio psicopedagógico aos médicos residentes, individual e/ou em grupo, considerando a demanda dos residentes e a busca ativa daqueles em situação mais vulnerável, pelos profissionais dos núcleos de apoio. Esta ação deve-se estender, também, aos preceptores que permanecem em atuação direta nos seus respectivos PRM vivenciando a imprevisibilidade das situações, o desafio de definir novas rotinas e a convivência ampliada com as incertezas (AFONSO, 2020).

Na perspectiva de estarmos diante de uma realidade diferente e sustentada, fruto das transformações causadas pela pandemia da COVID-19, a ABEM destacou a importância de identificar a oportunidade de aprendizado que este momento traz consigo. Dentre elas o crescimento das ações de telemedicina, telemonitoramento e teleorientação que devem ser consideradas como conteúdo e carga horária dos PRM que envolvam os residentes nestas ações (AFONSO, 2020).

Segundo a ABEM, o momento atual impõe a necessidade de repensar nossos compromissos, vulnerabilidades e potências no âmbito individual e coletivo. Não sendo possível, neste momento, escolher apenas o que nos agrada e de forma simplória rejeitar o que nos incomoda sem antes refletir sobre o impacto das escolhas individuais para a coletividade (AFONSO, 2020).

Apesar das dificuldades do momento e incerteza, a comunidade médica deve se perguntar o que a história ensinou sobre educação médica durante as epidemias. Para responder a essa questão, pode-se refletir sobre os efeitos da síndrome respiratória aguda grave (SARS) na educação médica na China na virada do século. Neste país, apesar dos desafios várias iniciativas foram implantadas pelas escolas médicas para dar continuidade à formação. Como exemplo, destaca-se a utilização em ambiente *on-line* de técnicas de aprendizagem baseadas em problemas, que pelos bons resultados atingidos seguiram sendo aplicadas nos anos subsequentes (AHMED, 2020). Experiências e iniciativas bem-sucedidas como essas fortalecem a

expectativa que bons recursos de ensino-aprendizagem sempre podem ser encontrados (AHMED, 2020).

Em abril de 2020, o Hospital Geral de Massachussettes nos Estados Unidos, instituiu em seu programa de residência médica, rotações virtuais em psiquiatria geriátrica, em que todas as visitas clínicas foram realizadas via *Zoom* ou telefone. Além das teleconsultas, os residentes apresentavam e discutiam casos clínicos com os preceptores durante reuniões semanais remotas. O que fez com as atividades fossem realizadas por completo mesmo durante o isolamento social causado pela pandemia (COLLIER, 2020).

Considerando o impacto nas instituições de saúde e nos centros formadores, o período pós COVID-19, trará grandes desafios para o ensino na Residência Médica. A flexibilidade necessária para a adaptação do setor da saúde e da educação e consequentemente das práticas e de seus profissionais durante o período da pandemia poderá deixar como aprendizado a capacidade de encontrar nas decisões compartilhadas, no trabalho colaborativo e na definição de prioridades, o caminho para superar os desafios da formação médica pós pandemia (AFONSO, 2020).

Que a acelerada inovação nas práticas educacionais preserve os fundamentos da formação na modalidade da Residência Médica supere as limitações do distanciamento social e amplie as oportunidades de aprendizado (DE OLIVEIRA, 2020).

2.4 O USO DE DIFERENTES METODOLOGIAS DE APRENDIZAGEM DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Com o advento da pandemia do Covid-19, medidas de isolamento social e remanejamento do serviço de saúde foram impostas, e com isso o sistema educacional teve de se adaptar para dar seguimento ao ensino. O ensino a distância por exemplo, que já era por vezes utilizado com bons resultados, ganhou força e espaço na academia médica por possibilitar a continuidade das atividades dos programas de residência médica em especial no âmbito das atividades teórico-didáticas e discussão de casos clínicos (ALMARZOOQ, 2020).

Em New Jersey, por exemplo, todos os programas de residência médica do estado já se reuniam para realizar *webinars* para incrementar o ensino da geriatria dentro da residência de clínica médica. As aulas eram ministradas de forma remota, em diversas plataformas digitais. Isso permitiu com que os estudantes aprimorassem o conteúdo da Geriatria, desenvolvessem técnicas de trabalho em equipe multidisciplinar e aumentassem a autoconfiança em atender um paciente geriátrico (SEDHOM, 2016).

O uso de metodologias ativas emerge como auxiliar nesse processo de adaptação do ensino à nova realidade uma vez que amplia as possibilidades e cria diferentes formas de aprendizagem além das já ofertadas com o uso da metodologia tradicional.

Práticas como a divisão dos discentes em pequenos grupos, que também podem ser feitas no meio digital, possibilitam maior interação e possibilidades de aprendizagem. Ter membros de diferentes anos de residência interagindo nesses grupos, por exemplo, permite uma maior discussão e ensino (MOK, 2020).

No mesmo sentido, no modelo de “sala de aula invertida”, que pode ser realizado no formato presencial ou a distância, os estudantes recebem objetivos para a pré-leitura, o que permite discussões mais aprofundadas e maior aplicação do conhecimento, contribuindo assim para o ensino (PROBER, 2013).

Na simulação de casos clínicos, por sua vez, os residentes assumem o papel de médico e paciente remotamente para assimilação de habilidades de comunicação com boa aceitação por parte dos discentes, como demonstrado no estudo de McGrath, em que discentes de medicina de emergência, validaram o uso desta técnica *online* (MCGRATH, 2018).

Embora a adaptação para o ensino *online* não tenha sido fácil, em especial para centros formadores que não utilizavam metodologias ativas antes da pandemia, a literatura demonstrou bons resultados. A exemplo disso pode ser citado o estudo transversal conduzido na Arábia Saudita, no Hospital *King Faisal Specialist*, que comparou estatisticamente o aprendizado *on-line* e presencial de seus residentes, no qual não foi encontrada diferença estatística entre o conhecimento adquirido no ensino presencial e no ensino virtual quando realizado com metodologias ativas, como o *Problem Based Learning* (PBL) (ELABD, 2021).

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Tendo em vista o objetivo desta pesquisa, optou-se por realizar um estudo do tipo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido com residentes/especializandos de geriatria que realizaram a sua formação na cidade de Curitiba/PR durante a pandemia da COVID-19.

A pesquisa exploratória parte de uma realidade específica, da qual se tem um conhecimento restrito, e busca o aprofundamento da realidade em questão. Frequentemente, a pesquisa exploratória se constitui na etapa preliminar de investigações mais abrangentes, uma vez que fornece subsídios e maior número de informações a respeito de um determinado tema, facilitando a delimitação do mesmo e propiciando um panorama geral (GIL, 2002).

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno sem a interferência do investigador. Ela também procura descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características (MINAYO, 2016).

A pesquisa qualitativa é uma das várias alternativas para se estudar os fenômenos que envolvem as pessoas em geral e suas complexas relações sociais nos diversos ambientes em que vivem. A pesquisa qualitativa diverge da quantitativa, na medida em que não objetiva medir os eventos estudados e não se importa com a representatividade em número, mas em obter uma descrição que inclua a perspectiva dos sujeitos com maior riqueza de dados e possa facilitar a exploração de eventuais contradições e paradoxos. A pesquisa qualitativa, desse modo, empenha-se com concepções da realidade as quais não podem ser quantificadas, buscando compreender e explicar a dinâmica das relações sociais (GODOY, 1995).

Quando tratamos de questões relativas ao coletivo, principalmente em se tratando do pensamento coletivo, o uso de uma metodologia qualitativa explora mais adequadamente estas questões, principalmente quando as percepções dos indivíduos em geral sobre um dado assunto são o propósito do estudo (LEFEVRE, 2003).

3.2 CONTEXTO DO ESTUDO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisa contou com a participação de 10 residentes/especializandos do total de 20 residentes/especializandos de geriatria que realizaram a sua formação na cidade de Curitiba/PR no ano de 2020. Curitiba até o presente momento é a única cidade do estado do Paraná em que existem programas de residência e especialização em geriatria.

O convite da pesquisa foi encaminhado por e-mail e grupos específicos de WhatsApp. Para aqueles que responderam ser favoráveis a participação na pesquisa, foi agendado um horário para a realização da entrevista. Os critérios de inclusão foram: ter idade superior a 18 anos e ter cursado em 2020 qualquer ano do Programa de Residência em Geriatria ou Especialização em Geriatria na cidade de Curitiba/PR. Foram excluídos os Residentes ou Especializando em Geriatria que durante o ano de 2020 interromperam sua participação no respectivo programa de formação.

Para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro de questões semiestruturado elaborado pelos próprios autores (item 3.4). Inicialmente foram solicitados dados acadêmicos de cada participante para caracterização da amostra seguidos da aplicação de 3 perguntas abertas que permitiram os participantes falarem livremente.

Em um segundo momento foi realizado novo contato com a aplicação de 4 outras perguntas abertas a cada um dos participantes. As três perguntas iniciais foram construídas pelos autores a fim de permitir que os entrevistados pudessem se expressar livremente, liberando-os de expectativas ou coerções e incitando-os a elaborarem um discurso sobre o seu processo de aprendizagem na residência durante a pandemia. As 4 perguntas complementares foram elaboradas a fim de se buscar compreender de um modo mais direto o impacto da pandemia da COVID-19 no processo de formação da residência em Geriatria.

3.3 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados entre fevereiro e maio de 2021, por meio de entrevistas por videochamadas utilizando o aplicativo de videoconferência denominado *Zoom*, com datas e horários previamente agendados com cada participante da pesquisa conforme disponibilidade dos mesmos. A coleta dos dados específicos da pesquisa se deu após a devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1), assinado pelo participante.

Após a coleta das informações, as expressões verbais de cada um dos entrevistados foram rigorosamente transcritas pela pesquisadora.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O Quadro 1 apresenta o roteiro de questões para a entrevista, que foi o instrumento de coleta de dados realizado.

QUADRO 1: Roteiro de questões para a entrevista

I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:	II – PERGUNTAS ABERTAS DA PESQUISA	III – PERGUNTAS COMPLEMENTARES DA PESQUISA
<ul style="list-style-type: none"> - Gênero - Idade - Programa de Residência Médica - Ano - Onde realizou a graduação em Medicina 	<ul style="list-style-type: none"> - Como tem sido o processo de formação prática e teórica da sua residência em Geriatria neste momento de pandemia? - Qual o aprendizado no processo de formação nesse momento? - O que você acredita que poderia ter sido feito de diferente a fim de melhorar o seu aprendizado? 	<ul style="list-style-type: none"> - Você acredita que a pandemia prejudicou o seu aprendizado durante a residência? - A pandemia fez com que a rotina do seu serviço de residência mudasse em relação às atividades práticas e teóricas anteriormente desenvolvidas? - Você acredita que mudanças realizadas na residência em função da pandemia podem ser úteis para um momento pós-pandemia? Se sim, qual a principal mudança que deveria ser mantida? - Você acredita que no decorrer da pandemia foram realizadas adequações por parte do programa de residência a fim de melhorar o seu processo de aprendizagem?

Fonte: a autora, 2021.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados sociodemográficos compreenderam a caracterização dos participantes, sendo as variáveis, gênero, idade, Programa de Residência Médica, ano do Programa de Residência Médica em curso e instituição onde realizou a graduação em Medicina. Para análise desses dados sociodemográficos foi utilizado uma análise estatística descritiva.

Com o intuito de apreender o significado dos discursos dos residentes participantes da pesquisa, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo temática proposta por Minayo (2007).

Segundo Minayo (2007), a análise de conteúdo diz respeito as técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas interferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos científicos e especializados. A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado (MINAYO, 2007).

Segundo Braun e Clarke um dos benefícios da Análise Temática é a sua flexibilização, ou seja, por meio da sua liberdade teórica, a análise temática fornece uma ferramenta de pesquisa flexível e útil, que pode potencialmente fornecer um conjunto rico e detalhado, ainda que complexo de dados (BRAUN; CLARKE, 2006).

De acordo com Minayo (2007), a análise temática é determinada por uma sequência formada por três etapas, sendo elas descritas a seguir:

- Pré-análise: compreende a leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos. A leitura flutuante, que toma como referência a comunicação em si e a imersão intrínseca com os elementos levantados no campo, requer do pesquisador o contato direto e intenso com o material de campo, em que pode surgir a relação entre as hipóteses ou pressupostos iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema. A constituição do *corpus* é a tarefa que diz respeito à constituição do universo estudado, sendo necessário respeitar alguns critérios de validade qualitativa, são eles: a exaustividade (esgotamento da totalidade do texto, ou seja, atendimento ao roteiro em sua totalidade quanto aos dados levantados), a homogeneidade (precisão da elegibilidade da temática, processos e traços da amostragem com clara separação entre os temas a serem trabalhados), a exclusividade (um mesmo elemento só pode

estar em apenas uma categoria), a objetividade (qualquer codificador consegue chegar aos mesmos resultados) e a adequação ou pertinência (garantir a resposta ao objetivo do estudo). Ainda na pré-análise o pesquisador procede à formulação e reformulação de hipóteses, que se caracteriza por ser um processo de retomada da etapa exploratória por meio da leitura exaustiva do material e o retorno aos questionamentos iniciais, revisando os rumos, indagações e hipóteses. Enfim, na última tarefa da pré-análise, elaboram-se os indicadores que fundamentarão a interpretação final (OLIVEIRA, 2008).

É fundamental que nesta etapa o pesquisador mergulhe nos dados, ao ponto de alcançar com profundidade e amplitude o conteúdo. A imersão geralmente envolve a leitura repetida dos dados, que leva a uma procura por significados e padrões. É um exercício de leitura e releitura dos dados, portanto, um processo demorado que fornece a base para o resto da análise (BRAUN; CLARKE, 2006).

Na etapa de pré-análise também devem-se cumprir a definição das unidades de registro e de contexto, os recortes, os modelos de categorização e codificação e os conceitos teóricos.

- Exploração do Material: nesta segunda etapa o investigador busca encontrar categorias que são expressões representativas ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. A categorização, para Minayo (2007), consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas através da qual se busca alcançar o núcleo de compreensão do texto.
- Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: nesta terceira e última etapa, ocorrem a análise e interpretações do conteúdo obtido, para esse efeito, se busca desenvolver inter-relações entre a teorização já apropriada e reconhecida pelos pesquisadores ou sugerir novas dimensões teóricas e interpretativas a serem conhecidas. Nesta fase é possível revelar uma significação profunda advinda do relatar e do proceder dos participantes.

Os conteúdos, ao serem analisados repetidas vezes, percorrem a espiral interpretativa. Não se trata da objetivação de evidências duras, mas da descoberta de valores e explicações que os atores atribuíam às suas práticas (MINAYO, 2007). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa através da Plataforma Brasil sob o número CAAE 40240020.2.0000.5580, respeitando os preceitos éticos da Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para respeitar o

anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos pela letra P seguida de um número.

4 RESULTADOS E DISCUSÃO DOS DADOS

A amostra teve uma representação homogênea dos gêneros masculino e feminino. A idade média dos homens foi de 33,8 + 2.59 e das mulheres de 29,6 + 2.07.

Os entrevistados estavam participando de três programas de residência/especialização em Geriatria, sendo 70% na Fundação de Apoio e Valorização do Idoso (FAVI), 20% do Hospital Municipal do Idoso Zilda Arns (HIZA) e 10% no Hospital Santa Casa de Curitiba, sendo 90% cursando o segundo ano e somente 10% (um entrevistado) no primeiro ano.

As instituições de formação superior estiveram distribuídas entre Suprema, UFSC, UFMT, TAG, UNIVALI, UFPR e 40% da amostra cursou a graduação na PUC-PR. O ano de formação variou de 2011 (20% da amostra) a 2017 (40% da amostra). A carga horária de trabalho durante a residência/especialização em Geriatria foi 40 horas semanais em 70% da amostra e de 60 horas para 30%.

Todos os participantes afirmaram que a pandemia prejudicou o seu aprendizado durante a residência e alterou a rotina do serviço de residência em relação às atividades práticas e teóricas anteriormente desenvolvidas.

Tal fato pode ser devido à disponibilidade de novos meios de comunicação e melhorias nos já existentes, tais como Zoom, Moodle, Skype, Google Meet, dentre outros, que visam manter interação e comunicação entre os profissionais (ALCÂNTARA et al., 2021). Jeong e colaboradores afirmam que a tecnologia por videoconferência permitiu que os os profissionais se conectassem facilmente entre si, construindo uma conexão nesse momento tão difícil (JEONG et al.,2020). Isso condiz com o estudo de Rastegar et al. que afirmou que as plataformas digitais tiveram um impacto significativo por permitir que as pessoas se adaptassem mais rapidamente durante essa condição emergencial (RASTEGAR et al.,2020).

80% dos respondentes acreditam que mudanças realizadas na residência em função da pandemia podem ser úteis para um momento pós-pandemia,

destacando principalmente as reuniões de forma remota e contato com outros especialistas de outras instituições.

Em relação ao questionamento sobre a realizações de adequações por parte do programa de residência a fim de melhorar o seu processo de aprendizagem durante a pandemia 60% dos participantes responderam afirmativamente, enquanto 40% acreditam não terem sido realizadas adequações.

Seguindo as etapas da técnica de análise de conteúdo, preconizadas por Minayo (2007), os relatos advindos das entrevistas foram organizados e classificados por meio da leitura exaustiva e da apreensão dos pontos relevantes e das ideias centrais sobre o tema. Neste momento, optou-se pela constituição das categorias, considerando o conteúdo temático emergente das questões do instrumento de pesquisa proposto pelos autores.

Nessa etapa de análise qualitativa reuniram-se os depoimentos dos participantes e após a leitura exaustiva dos discursos, além das categorias, emergiram as unidades de contexto, entendendo que tal estrutura compõe o corpo de análise do apreendido. Dados na Tabela1.

Tabela 1 – Representação do processo analítico categorial dos depoimentos

UNIDADES DE CONTEXTO	CATEGORIAS
Percepção quanto ao cenário de prática: adaptações ao novo contexto	PROCESSO DE FORMAÇÃO EM GERIATRIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA: DA TEORIA À PRÁTICA
Percepção quanto à formação em Geriatria: vivência da especialidade	
Percepção quanto à formação em Geriatria: da especialidade à multidisciplinaridade	
Adaptações ao novo contexto: desvelando o papel do preceptor	PROCESSO DE FORMAÇÃO EM GERIATRIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA: FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES
Adaptações ao novo contexto: novas formas de aprender e melhorar a formação	
Vivência da especialidade: habilidade de comunicação interpessoal e resiliência	

Fonte: Autora (2021).

Na categoria processo de formação em geriatria no contexto da pandemia: da teoria à prática, emergiram três unidades de contexto:

- Percepção quanto ao cenário de prática: adaptações ao novo contexto;
- Percepção quanto à formação em Geriatria: vivência da especialidade e
- Percepção quanto à formação em Geriatria: da especialidade à multidisciplinaridade.

No que diz respeito à percepção quanto ao cenário de prática: adaptações ao novo contexto, os relatos dos participantes desvelam o impacto direto da pandemia no cotidiano dos cenários de prática, seja pela implantação de novos protocolos de assistência e de enfrentamento à doença, seja pelas alterações impostas pelos protocolos de distanciamento e isolamento, o que alterou a maneira como as atividades eram desenvolvidas até então durante os programas de Residência.

Os relatos dos residentes para o cenário de prática denotam que os mesmos não puderam fazer vários dos estágios que eram ofertados antes da pandemia, ficando as atividades concentradas principalmente no ambiente da enfermaria, esta predominantemente destinada ao tratamento de pacientes internados com COVID-19, o que na visão deles acabou por prejudicar o seu processo formativo.

Em 2020, a gente teve bastante problema por conta da pandemia, bastante dificuldade. Então em 2020 não tivemos nenhum ambulatório, não pudemos ir também nas instituições de longa permanência que anteriormente a pandemia os residentes frequentavam. (P1)

Ainda assim, devido a pandemia, a gente não conseguiu escolher todos os estágios que gostaríamos de realizar. Isso porque alguns serviços não aceitaram nos receber. (P3)

Devido a pandemia a gente fica meio inseguro em relação aos estágios práticos, já que tudo ainda é meio incerto. Embora estejam já confirmados os estágios a gente fica naquela incógnita, sem saber como que será por causa da pandemia. (P3)

No último ano acabamos perdendo vários estágios. Acabou que a gente teve o primeiro e o segundo ano da geriatria praticamente iguais, porque as atividades se concentraram basicamente em visita a pacientes internados. A diferença é que no segundo ano eram pacientes com COVID. (P4)

As atividades práticas estavam mais restritas aos pacientes internados. Nossa prática nos ambulatórios foi bem

impactadas por causa da pandemia já que eles foram cancelados. Os estágios externos também foram cancelados, o que com certeza acabou nos prejudicando. (P5)

A gente está tendo um certo problema também este ano porque tem alguns lugares que a gente ia estagiar anteriormente que não estão abrindo estágio para a gente, estágio para residente externo por causa do COVID, então a gente tá tendo que batalhar um pouquinho mais aí para conseguir estágio em alguns lugares, então isso acabou afetando um pouco a formação assim sabe, tanto no R3 quanto no R4. (P7).

O sistema de saúde precisou se reestruturar para focalizar suas ações em atendimentos para enfrentamento da doença. Deste modo, o residente como parte integrante do processo de trabalho, também necessitou readequar suas práticas para contribuir para o serviço de enfrentamento a COVID-19 (DE OLIVEIRA, 2020).

Assim como percebido pelos entrevistados, estudo desenvolvido junto à totalidade de residentes em saúde de um Hospital Universitário do Estado do Paraná observou que em relação aos prejuízos atrelados pela COVID-19, os residentes consideraram-se extremamente prejudicados quanto às atividades específicas da formação, teóricas e práticas hospitalares (DE OLIVEIRA, 2020).

Algumas atividades práticas hospitalares foram canceladas e outras foram remanejadas para atendimento a COVID-19. Desse modo, a prática dos residentes foi afetada e conseqüentemente o conhecimento e a experiência acerca de um determinado setor e/ou área também foi prejudicado. Anterior à pandemia, o residente tinha a possibilidade de conhecer outros setores, atuar juntamente a outras áreas de saber e obter outros conhecimentos. Com o novo cenário, assim como percebido na presente pesquisa, as práticas ficaram bastante restritas, levando a um descontentamento por parte dos residentes (DE OLIVEIRA, 2020).

De Lucena (2020) em seu artigo que relatou a experiência do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, na área de serviço social, em um hospital universitário na cidade de Salvador-BA elencou os novos desafios que se acentuaram pela pandemia, tais como a suspensão do calendário acadêmico como medida de proteção diante da pandemia, o que impactou na oferta da carga horária teórica e prejudicou a relação teórico-prática; a adaptação a novos fluxos de trabalho para atender as demandas da instituição e a sobrecarga de trabalho dos profissionais que são preceptores, impedindo por vezes, que estes se

dediquem à formação continuada e aperfeiçoamento profissional (DE LUCENA, 2020). Do mesmo modo, a suspensão de atividades e o deslocamento para a atuação no enfrentamento direto à pandemia também foram relatados pelos residentes que participaram da presente pesquisa.

Um artigo que se propôs a verificar as mudanças ocorridas durante a pandemia nos processos de trabalho das equipes de saúde que contavam com participação da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto observou que a adaptação das ações e serviços de saúde mental ao contexto pandêmico foi fundamental para a continuidade dos processos de cuidado, que, deste então, passaram a ser ofertados de forma remota (DE OLIVEIRA, 2021). No contexto da residência em geriatria do Paraná, por sua vez, não houve relato de atividades práticas adaptadas ao formato remoto a fim de dar continuidade ao que já vinha sendo desenvolvido até então. Os relatos, de um modo geral, mostram o cancelamento de diversos estágios, principalmente os desenvolvidos em outras instituições e a substituição dos estágios programados pela prática no ambiente de enfermaria ou pronto atendimento.

O descontentamento dos residentes entrevistados com essas mudanças pode ser percebido em todos os relatos. Parte desse sentimento pode ser explicado pelo fato do cenário de enfermaria já ter sido amplamente explorado no começo da formação desses residentes, pelo foco da formação passar a ser a assistência a pacientes com COVID e pelos residentes não poderem frequentar diferentes ambientes de aprendizagem o que facilitaria no desenvolvimento de outras habilidades importantes para a atuação profissional do geriatra.

O descontentamento pela formação em geriatria ter se baseado quase que exclusivamente ao cenário hospitalar através da atuação em enfermaria e pronto atendimento se mostra pertinente ao se revisar as recomendações elaboradas pela SBGG para o funcionamento dos programas de residência médica em geriatria.

Nesse documento há a orientação de que a distribuição da carga horária de treinamento em serviço deve ser de 40% da carga total em Unidade de Internação (incluindo hospital e instituição de longa permanência) e 10% da carga horária total em Urgência e Emergência. Sendo que o restante da prática deve acontecer em outros ambientes como ambulatorios e assistência domiciliar.

Os participantes da pesquisa de Oliveira (2021) relataram além das adaptações das atividades práticas alguns desafios como a insuficiência de

profissionais, o qual fragilizou a organização dos serviços, e a falta de reconhecimento da atuação dos residentes por parte dos gestores locais e por parte dos trabalhadores (DE OLIVEIRA, 2021). Esses desafios, por sua vez, não surgiram nos discursos dos residentes de geriatria do Paraná talvez porque parte desses eram vinculados a programas de residência de hospitais particulares onde não houve a carência de profissionais para a realização de atendimentos. Do mesmo modo, embora os discursos mostrem a insatisfação pela forma como os gestores hospitalares se organizaram na questão do recrutamento e distribuição dos profissionais para atuação no atendimento aos pacientes com COVID, nos mesmos, felizmente, não é feita menção a situações de desvalorização do trabalho prestado pelos residentes.

O remanejamento dos residentes como uma força de trabalho na linha de frente, é apontado como um dificultador da prática assim como presentes nos seguintes relatos:

A residência no geral se focou para o atendimento de pacientes com COVID. Tivemos que começar a ajudar na escala de atendimento do pronto socorro do hospital. Tínhamos também pacientes internados por outras situações clínicas, mas paciente com COVID eram constantes na enfermaria. As nossas idas aos ambulatórios foram comprometidos. Então basicamente o primeiro ano da geriatria foi atendimento a pacientes hospitalizados com COVID. (P2)

Com relação a parte prática tivemos alguns problemas principalmente porque a grande maioria dos serviços de residência tiveram que deslocar os seus residentes para atendimento em COVID. Então sim, eu perdi pelo menos dois meses de estágio ano passado. Então dos 11 meses tiveram dois que ficaram comprometidos com o atendimento em COVID, o que acabou comprometendo nosso cronograma prático. (P7)

O deslocamento dos residentes para a linha de frente também aparece no relato de experiências dos residentes de um programa de residência multiprofissional em Cuidados Intensivos de um hospital público do Interior Sul da Amazônia legal. O relato cita que vários ajustes foram necessários para reorganização e elaboração das escalas dos residentes assim como a criação de novas rotinas, a fim de contemplar as necessidades diante da chegada da pandemia. Diversos profissionais da área da saúde foram contaminados e

precisaram sair da linha de frente e a residência assumiu de forma gradativa a assistência direta a todos os pacientes críticos acometidos pela COVID-19 (ANDRADE, 2021).

Tal como adotado em diversos outros serviços, quanto ao âmbito organizacional, os residentes de dermatologia de um hospital de Vitória-ES também foram realocados, em sua maioria, para atendimento do COVID-19. Ao se buscar investigar a mudança nos atendimentos dermatológicos neste hospital causados pela pandemia comparando com os atendimentos com o mesmo período de 2019 encontrou-se uma redução das atividades eletivas gerando impactos negativos na vida dos pacientes com perda de seguimento e atrasos nos diagnósticos, além de afetar negativamente os residentes devido à redução da prática clínica essencial ao aprendizado dos mesmos (FELIPE, 2021).

A redução no fluxo de pacientes com outras condições clínicas além da COVID, assim como vivenciada pelas residências de geriatria do Paraná, teve um efeito profundo no ensino prático da maioria dos programas de residência em dermatologia. Desse modo, os médicos residentes e seus preceptores tiveram que adotar estratégias inovadoras de ensino e aprendizagem, como o uso de tecnologias digitais (FERREIRA, 2021).

Nóbrega (2021) ao relatar a experiência da residência em medicina de família e comunidade de João Pessoa–PB frente à pandemia de covid-19 também exemplificou transformações semelhantes as sofridas nos programas de residência em geriatria do Paraná decorrentes da grande quantidade de usuários com sintomas respiratórios. Nóbrega (2021) cita que foi necessária a diminuição dos atendimentos de rotina aos pacientes com doenças crônicas, ficando limitadas às necessidades mais urgentes. Além disso, foi perceptível uma diminuição da busca pelo serviço devido ao grande isolamento social (NÓBREGA, 2021). Do mesmo modo, um estudo realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em maio de 2020, entre os países das Américas, também identificou que, embora os serviços ambulatoriais de atendimento a pacientes com doenças crônicas estivessem mantidos, ocorreu um acesso limitado a eles em vários países (CARVALHO MALTA, 2021).

Os residentes multiprofissionais em saúde mental que participaram da pesquisa de De Oliveira (2021) relataram sobre a sobrecarga de trabalho, em sua maioria nos equipamentos de saúde mental, que já estavam em um processo de

insuficiência de profissionais e que com a pandemia, se agravou exponencialmente, causada principalmente em função do remanejamento de trabalhadores para compor equipes multiprofissionais em hospitais (DE OLIVEIRA, 2021). Embora os residentes de geriatria do Paraná tenham sido remanejados de suas funções originais para a assistência a pacientes com COVID o conteúdo de sobrecarga de trabalho não aparece nos discursos, talvez porque o sentimento que tenha ficado para eles não seja o de excesso, mas o da falta de atividades importantes para a sua formação enquanto geriatras a exemplo das desenvolvidas nos ambulatórios de geriatria e em instituições de longa permanência.

Em se tratando da **Percepção quanto à formação em Geriatria**: vivência da especialidade emergiu dos discursos o sentimento de insatisfação dos participantes por terem menos contato do que gostaria com a especialidade e questões próprias a ela, uma vez que o foco da formação passou a ser o atendimento de pacientes com COVID-19. Isso na visão dos residentes gerou, na maior parte das vezes, uma consequência negativa para o seu aprendizado. Os discursos dos residentes demonstram que mesmo no cenário onde a prática nas enfermarias COVID eram imprescindíveis, buscar o olhar sob o ponto de vista geriátrico ou mesmo a discussão para além da doença aguda em questão se presentes teriam ajudado a tornar as suas experiências formativas mais condizentes com as suas expectativas e necessidades.

Em 2020, por ainda existirem enfermarias com pacientes de baixa suspeita para COVID-19 a gente ainda conseguia ter discussões mais geriátricas, mas agora que é basicamente só COVID confirmado mesmo, essas discussões não têm acontecido. (P1)

O que está mais prejudicado ainda é a enfermaria do hospital isso porque lá estão internando apenas pacientes com COVID. Então está tendo bem pouco aprendizado na parte geriátrica durante esse estágio de enfermaria. (P1)

Vimos poucos pacientes com outras condições geriátricas, que são os pacientes mais interessantes para o nosso aprendizado. Eu sei que, por exemplo, ambulatório não seria possível mesmo ter estágio. Instituição de longa permanência também não, mas mesmo na enfermaria acho que daria para a gente ter vivenciado de outra forma, ter aproveitado aquele momento para parar e discutir sobre temas geriátricos. (P2)

Eu acho que nossa formação em geriatria foi prejudicada porque perdemos bastante treinamento, bastante tempo com os pacientes, então na prática a gente perdeu de vivenciar muitas situações com os pacientes. Falando de geriatria em si, acho que ficou prejudicado o que aprendemos. Isso porque todo mundo estava preocupado com a pandemia. Todo mundo focou os atendimentos para o COVID-19 e acho que com isso a geriatria acabou perdendo. (P4)

Eu sinto de não ter visto mais pacientes geriátricos porque parece que eles se diluíram em meio a tantos pacientes mais clínicos. (P6)

Então esses dois meses que eu passei fora eu não vi idosos praticamente, vi só pacientes mais jovens. E eu não tinha como negar porque a gente tendo formação em clínica eles não querem nem saber, eles vão colocar você para atender o jovem, o adulto, o grave enquanto eles deixavam as outras especialidades de acesso direto ou especialidades não clínicas atendendo as coisas mais tranquilas. Então acabei exercitando bastante meu lado clínico e talvez menos o meu lado geriatra, sabe? (P7)

Bem, a minha formação primeiro ano até que foi razoável, a gente conseguiu fazer um pouquinho de geriatria, mas infelizmente o segundo ano com a pandemia ficou totalmente jogado para o canto. A gente não conseguiu fazer nada em geriatria. Estou aprendendo a geriatria sozinho porque contar com o tempo que a gente poderia ter tido a geriatria, a gente não teve, então infelizmente o segundo ano foi bem fraco. Há muitos assuntos como demência que eu estou aprendendo comigo mesmo, com a vivência que eu estou tendo nesses quatro meses que eu me formei, com os pacientes e fazendo cursos, porque a gente não teve isso, a pandemia infelizmente tirou isso da gente. (P9)

Um estudo qualitativo realizado com residentes multiprofissionais em saúde mental do adulto sobre as adaptações de processos de trabalho para o contexto da pandemia causada pela Covid-19 em equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal (DF) conclui que a atuação desses residentes no contexto da pandemia de COVID-19 possibilitou uma maior integração entre os trabalhadores, maior capacitação dos residentes e maior relação entre o campo teórico e prático (DE OLIVEIRA, 2021), o que diverge da percepção dos residentes de geriatria que participaram da presente pesquisa.

A percepção dos residentes do DF em relação ao ganho na aprendizagem provavelmente se deu porque as atividades desenvolvidas por eles durante a pandemia permaneceu no âmbito da sua especialidade acrescidas de um volume maior de atendimentos, diferente do que aconteceu no cenário da residência em geriatria no Paraná em que as ações se deslocaram majoritariamente para o atendimento de pacientes com COVID, muitos dos quais sequer eram idosos, juntamente com a redução no número de atendimento de pacientes geriátricos com demais condições clínicas.

Disso decorreu a insatisfação expressa no relato dos residentes entrevistados que viram a prática da sua especialidade ser descaracterizada e a atuação fora do âmbito da geriatria como um tempo “perdido”. Os relatos sugerem que se os atendimentos aos pacientes com COVID tivessem sido acompanhados de uma discussão sobre outros aspectos do paciente o ganho em relação a aprendizagem poderia ter sido maior.

Um estudo realizado com os residentes de neurologia da Espanha identificou que a pandemia tem causado deficiências notáveis e de difícil recuperação na formação destes e nas atividades assistenciais em função da suspensão de estágios específicos causando uma importante diminuição na aquisição e desenvolvimento de novas competências (SANTACRUZ, 2021).

A atividade de saúde nos hospitais foi transformada radicalmente não só pelo fato de tentar minimizar o número de infecções, mas também porque os hospitais estavam sobrecarregados por uma avalanche de pacientes com COVID com a conseqüente diminuição das internações nas diferentes especialidades e a necessidade de redistribuir os residentes em áreas onde havia uma demanda urgente por eles. Cerca de 85% dos residentes de neurologia da Espanha trataram praticamente exclusivamente pacientes com COVID-19 durante esse período o que comprometeu o treinamento em atendimento de pacientes neurológicos, próprios da especialidade (SANTACRUZ, 2021).

Conforme presente em alguns relatos a formação teórica foi menos impactada durante a pandemia do que a formação prática. Isso porque alguns programas continuaram a ofertar as aulas teóricas, porém na modalidade *on-line*, seguindo a mesma metodologia já utilizada previamente. Além disso, foi relatado o compartilhamento de aulas gravadas e de artigos científicos para leitura como forma de complementar a formação teórica.

Da parte teórica nós tivemos aula no formato *on-line*. Essas aulas ocorrem uma vez por mês com profissionais da área da gerontologia. Além dessas aulas, uma vez por semana, na terça-feira, temos aula com algum tema de geriatria que algum dos especializando prepara. (P3)

É bom saber que a gente pode ter aula com palestrantes de outros lugares, que a gente não teria se fosse presencial. Outra coisa boa da mudança das aulas para o formato *on-line* é poder contar com a participação de outras pessoas, pessoas que às vezes também querem participar, mas no presencial não podem. Acho que a experiência que a pandemia nos trouxe de usar essas tecnologias serviu para sabermos que existem opções diferentes de aprender além da aula presencial. (P4)

Acho que todas as atividades teóricas, as reuniões que eram presenciais, foram transferidas para vídeo. Também foram encaminhados artigos e algumas aulas gravadas. Então as atividades teóricas não tiveram tanto impacto por causa da facilidade com os recursos digitais como o *WhatsApp*. As atividades práticas que foram mais prejudicadas. (P5)

A gente manteve o nosso cronograma de aulas normais, porém as aulas estão sendo todas *on-line*. A gente não tá tendo aula presencial no momento até porque o nosso chefe tem uma idade mais avançada, então ele optou por deixar a gente só *on-line* até agora. Então eu acho que teve sim alguma perda no processo de aprendizagem porque é melhor ter aula presencial, mas a gente se adaptou no decorrer do tempo, então de uma forma geral eu acho que em questão de conteúdo a gente não foi tão afetado, mas talvez a forma de como a gente recebe esse conteúdo sim. Isso representou um tipo de déficit principalmente porque as aulas estão sendo não presenciais, então se torna muito mais fácil se distrair com alguma coisa em casa do que quando você está sentado em uma sala de aula ali para fazer isso. (P7)

De atividade teórica a gente tem aula toda terça e uma aula que é uma vez no mês na segunda-feiras que não é mais da geriatria, é mais da gerontologia. Todas são *on-line*. (P8)

O início da pandemia eu percebo que foi um período mais difícil, porque era tudo novo. Nós e os chefes tivemos que nos readaptar e ir, ainda que com muito medo, sem saber como que as coisas iriam evoluir, o que a gente poderia fazer ou não. Então a gente teve um prejuízo, as coisas ficaram meio paradas e a gente ficou um período sem ter aula. (P10)

De Oliveira (2021) relatou em seu artigo que os residentes multiprofissionais tiveram um protagonismo nas ações de construção das atividades remotas, com a possibilidade de proporcionar estreitamento entre usuário-profissional-gestor (DE

OLIVEIRA, 2021). A vantagem de aproximar virtualmente diferentes pessoas que em outras circunstâncias não poderiam estar juntas pela distância física aparece no relato dos residentes em geriatria do Paraná como uma das grandes vantagens do ensino teórico remoto. E este, por sua vez, se destaca na visão dos entrevistados como um ponto positivo da pandemia sendo, inclusive, sugerida a possibilidade de manutenção deste em um momento posterior ao término dela.

As vantagens da educação virtual citadas pelos entrevistados também aparecem no trabalho de Cabrera (2020) desenvolvido com residentes de cirurgia geral da Colômbia. Neste trabalho, a educação virtual é apontada como uma forma de facilitar que recursos e atividades sejam compartilhados entre diferentes programas acadêmicos (graduação, estágios e residência) e como uma oportunidade para desenvolver relacionamentos educacionais expandidos, para além dos limites usuais de uma única instituição, cidade ou país (CABRERA, 2020).

Um dos relatos sugere a necessidade no que tange a formação teórica do uso de uma metodologia de aprendizagem diferente das aulas expositivas dialogadas que costumam ser ofertadas:

Acho que faltou esse estudo de casos clínicos, mesmo que fossem teóricos. Eu senti falta desde a faculdade de discussão de casos clínicos, não da parte teórica, mas de desenvolver o raciocínio clínico em cima de cada caso clínico. Eu senti bastante falta disso, acho que foi a principal falta que eu senti no segundo ano, porque como a gente não teve consultório, não teve ambulatório, pelo menos o raciocínio lógico eu acho que poderia ter sido trabalhado e melhorado. (P5)

A pandemia do COVID-19 favoreceu a mudança dos métodos de ensino em praticamente todos os níveis de educação. Inúmeros fatores forçaram os programas de treinamento cirúrgico, por exemplo, a buscar métodos alternativos de treinamento de residentes. Dentro desses métodos práticos de aprendizado, o treinamento baseado em simulação tornou-se altamente relevante para substituir ou ampliar as experiências de procedimentos em pacientes reais por exercícios guiados, a exemplo do que foi adotado com bons resultados durante a pandemia para a formação dos residentes de cirurgia geral do Hospital Geral do México (GUTIÉRREZ OCHOA, 2020).

A simulação, quando devidamente integrada ao aprendizado e ao teste de competência, desempenha um papel importante na aquisição das habilidades de pensamento crítico e reflexivo necessárias para fornecer atendimento competente e seguro ao paciente (GUTIÉRREZ OCHOA, 2020). Desse modo, as especialidades clínicas a exemplo da geriatria podem valer das boas experiências das especialidades cirúrgicas e também refletir sobre a utilização de outras metodologias como as simulações de atendimentos e procedimentos a fim de complementar as lacunas do que não pode ser vivenciado na prática com os pacientes.

No que tange a **percepção quanto à formação em Geriatria**: da especialidade à multidisciplinaridade os discursos revelam que os residentes reconhecem a importância da contribuição positiva da discussão em equipe multidisciplinar para a sua formação. Destacando o compartilhamento de saberes e experiências com colegas de outras especialidades como uma forma de aprender e enriquecer o processo formativo:

A união esteve presente entre a gente e os especializamos de outras áreas. Porque no fim todos nós tivemos que ir para a linha de frente atender emergência. Independente da área de formação todo mundo acabou sendo um pouco prejudicado, não foi só a geriatria. Todo mundo foi mobilizado para atender, independente dos pacientes serem os da sua especialidade. Isso fez com que todo mundo se ajudasse. E acho que esse é o grande ponto positivo. Essa união permite a gente se reciclar e aprender mais. (P4)

Para melhorar eu sugeriria a interdisciplinaridade. Acho que seria muito valioso as especialidades conversarem mais entre si sabe?! Eu acho que a fragilidade do serviço privado foi justamente essa, das especialidades serem afastadas por mais que estejam fisicamente no mesmo local. Então eu acho que se houvesse, já antes da pandemia, uma comunicação entre as especialidades mais próximas acho que teria sido bem melhor. Principalmente no período em os ambulatórios ficaram meio parados. Se existisse essa comunicação e parceria entre as especialidades, poderíamos ter frequentados outros ambulatórios que não os da nossa especialidade e assim compensar o baixo volume de atendimentos do nosso. Acho que também seria muito rica a discussão de casos clínicos, inclusive envolvendo outras especialidades. (P5)

A integração entre as especialidades poderia de dar na forma de reuniões para a discussão de casos clínicos, sabe? Discutir mais o paciente como um todo e aproveitar que

estavam todos os residentes estavam lá no hospital e que cada especialidade poderia contribuir acrescentando um olhar diferente. E na questão de ambulatórios, se todo mundo cedesse um pouquinho, todo mundo explicasse um pouco do que está discutindo, do que está aprendendo, todos sairíamos ganhando, mas na verdade eu acho que ficou todo mundo perdido, sem saber o que fazer. No final ninguém saiu muito do lugar. Acho que todo mundo foi prejudicado. (P5)

Seria legal ter algumas reuniões com outras especialidades. Por exemplo, às vezes uma reunião junto com a cardio para discutir um paciente sabe, ou junto com um endócrino, junto com a neuro, eu acho que essas questões multidisciplinares são bem legais e enriquecedoras para a nossa formação. Os pacientes para os quais a gente teve que fazer isso, como nos pacientes paliativos, foi super rico. (P6)

Quando a residência contempla a atuação e discussão em equipes multidisciplinares o residente acaba por ter a oportunidade de se deparar com outros olhares e de atuar juntamente com novos saberes, dando uma resposta com qualidade às demandas de saúde (DE OLIVEIRA, 2020).

De Oliveira (2021) destaca que as atividades remotas multiprofissionais realizadas durante a residência oportunizaram reflexões dialéticas sobre os processos de trabalho com e entre os trabalhadores, nas quais a educação permanente e continuada firmou-se como elemento importante na formulação dos processos, iniciados, primeiramente com adaptações das práticas cotidianas e posteriormente incorporados na teoria tendo em vista o dinamismo das trocas de saberes (DE OLIVEIRA, 2021). A riqueza dessa troca de experiência e saberes entre diferentes profissionais também aparece nos discursos dos residentes de geriatria na medida em que eles consideram muito valioso o conhecimento advindo desse compartilhamento. Tanto que a criação de momento para discussão de casos em equipe multidisciplinar é apontada como uma das possibilidades para enriquecer o processo formativo diante das limitações impostas pela pandemia.

Além disso, um participante também destacou as discussões em equipes multiprofissionais como relevante para a formação.

A questão da equipe multiprofissional eu perdi. O pessoal que entrou agora na residência está tendo. Acho que é uma coisa bem importante no aprendizado, que eu tive, mas que gostaria de ter tido mais, talvez um pouco mais, principalmente no começo. (P6)

A residência tem como um dos seus propósitos, o trabalho multiprofissional. A atuação multiprofissional surge na saúde como estratégia de reorganização dos serviços de saúde, com foco na prática integrada entre as diversas profissões desse setor, visando um atendimento integral e que consiga captar toda a complexidade envolvida no processo do cuidado à saúde (DE OLIVEIRA, 2020).

A residência médica favorece o trabalho mútuo entre profissionais de diferentes áreas e reúnem diversos saberes compartilhando do mesmo objetivo. Desse modo, o trabalho multiprofissional contribui para a resolução de problemas de saúde da população de uma maneira mais ampla e efetiva do que o advindo de esforços individuais. Além disso, o trabalho multidisciplinar intensifica o aprendizado e o vínculo entre os profissionais, o que favorece as condutas intra e extra-hospitalares de modo a reduzir as lacunas existentes no serviço, proporcionando ações que beneficiem os pacientes e os próprios profissionais (MAIA et al., 2020).

Diante do cenário da saúde em plena pandemia, consolida-se a relevância da atuação multiprofissional dos profissionais em saúde o que propicia o trabalho em conjunto entre as categorias e o planejamento de ações em cooperação mútua (ANDRADE, 2021).

Andrade (2021) em seu relato de experiência reforçou a importância de se enaltecer o protagonismo da atuação multiprofissional durante a pandemia, pois a abordagem multiprofissional neste momento tão desafiador facilitou o processo de desenvolvimento das ações em saúde. Nesse sentido, ele concluiu que embora existam diversos desafios e dificuldades que precisam ser refletidos e superados nesse momento crítico, através do trabalho em equipe é possível uma relação coletiva, capaz de permitir a troca de saberes e intervenções técnicas, experiências e informações com potencial de facilitar a construção de um plano terapêutico efetivo e seguro (ANDRADE, 2021). Reflexão semelhante pode ser extraída dos relatos dos residentes de geriatria do Paraná ao apontarem a discussão em equipe multiprofissional como uma importante forma de aprender e compartilhar experiências.

Na categoria **processo de formação em geriatria no contexto da pandemia**: fragilidades e potencialidades, emergiram três unidades de contexto:

- Adaptações ao novo contexto: desvelando o papel do preceptor;
- Adaptações ao novo contexto: novas formas de aprender e melhorar a formação;
- Vivência da especialidade: habilidade de comunicação interpessoal e resiliência.

Em se tratando das **adaptações ao novo contexto**: desvelando o papel do preceptor os discursos, de um modo geral, demonstram que os preceptores da residência por vezes deixaram a desejar no envolvimento, participação e adaptação das atividades do programa de residência médica à realidade de ensino no contexto da pandemia.

Acho que talvez o próprio hospital ou o coordenador poderiam ter feito mais para a gente ter outras oportunidades, para a gente não ficar ali só no COVID. Ter arranjado outras alternativas para que a gente pudesse não perder tanto de aprendizado ficando só no atendimento de pacientes com COVID. Então acho que isso poderia ter sido um pouco melhor, acho que um empenho maior por parte dos preceptores e da direção da instituição foi o que faltou. (P1)

Nosso coordenador agora bem aberto e interessado em nos ajudar, então a gente está conseguindo adaptar bem os nossos estágios para cobrir as falhas do R3, então está sendo bem mais tranquilo. (P1)

Tivemos pouca ajuda dos preceptores e precisamos correr atrás do que realizar no segundo ano. (P3)

Eu acho que a distância física acabou afetando o aprendizado. Ela dificulta a solicitação de perguntas que a gente tem. É difícil ficar perguntando toda hora via celular a respeito das dúvidas que a gente tem no decorrer do dia. Tem sempre a possibilidade de questionar o preceptor no dia seguinte, mas aquela presença física que a gente tem durante a faculdade, isso acaba e faz falta. (P3)

Eu acho que deveria ter tido uma participação maior dos preceptores, os preceptores estarem mais presentes no dia a dia da nossa residência. Muitas vezes estamos sozinhos e temos que decidir condutas que às vezes ficam meio duvidosas, mas é claro, a distância sempre tem a possibilidade de comunicação, mas a presença física ali, junto com agente, isso é essencial para o nosso aprendizado. (P3)

Acho que os chefes poderiam ter ficado mais presentes, porque acabaram usando a questão da pandemia para justificar estarem mais distantes. No momento em que a gente ficou perdido, eu acho que se eles estivessem um pouco mais comprometidos, preocupados com a nossa formação, acho que a gente não teria sentido tanto. A nossa vivência da especialidade acabou sendo bastante prejudicada por uma falta de uma visão e sensibilidade por parte deles. Talvez desse para eles serem um pouco mais presentes, um pouco mais disponíveis, um pouco mais empenhados, às vezes até em perguntar o que dá pra fazer, qual a nossa opinião, nos ouvir,

nos acolher. Mesmo a gente ativamente falando não adiantou muita coisa. (P4)

Senti falta também da assistência dos chefes, de irem conhecer os pacientes, porque no começo a gente tem aquela angústia, aquela insegurança de sei lá, será que eu fiz certo ou não? Assim, quando a gente precisava de alguma ajuda, alguns iam, mas eu acho que poderia ir além. Quando o chefe vai e você vê como ele faz é um grande aprendizado. Acredito que não deveríamos ficar só nas discussões após a visita que nem a gente tinha. Acho que na geriatria é muito importante que a gente pense numa visão que vai além da clínica médica, em uma visão realmente geriátrica. Isso é muito importante porque a gente é muito focado na clínica médica, mas a geriatria é diferente. (P6)

Não tivemos também nenhuma ajuda dos preceptores para suprir o que faltou. O que poderia ter sido diferente? Eu falo o que eu sempre falei: faltou proatividade dos preceptores. Quando você quer oferecer seja um estágio de longa permanência, uma especialização ou uma residência, você tem que ser proativo. Você tem que inventar formas de você manter o seu estudante ali, o seu residente interessado, motivado, ainda mais em um ano que foi difícil para todo mundo. Você como chefe, como receptor, tem que mostrar que você está afim, que você quer que a pessoa aprenda. A gente não está ali como inimigo ou como concorrente. A gente está ali como médico, em que um sabe mais que o outro e a função dele é ajudar que o outro possa se formar e ter uma especialidade. Infelizmente essa cooperação a gente não teve e foi sendo empurrado até acabar. (P9)

Acredito que os preceptores poderiam muito bem ter se envolvido para conseguir mais estágios. Embora a gente solicitasse a gente nunca teve retorno por parte deles. Se a gente tivesse tido a oportunidade de participar de mais atividades práticas em geriatria acho que a nossa teia de conhecimento, o nosso aprendizado, tudo isso ia virar muito mais coisas, mas a gente não teve. (P9)

Eu acho que uma coisa que falta bastante que não tivemos no segundo ano foi compromisso por parte dos chefes. Acho que as pessoas quando são chefes elas tem muito mais conhecimentos que a gente, muito mais experiência, muito mais *know-how*, e eu senti falta disso, desse compartilhamento. Se eu fosse preceptor eu iria pensar nisso, ensinar o que tenho de experiência. A pessoa que tem 10, 15 anos de geriatria, tem bastante história para contar que não foi contada. Com essa pandemia em que a gente não podia se encontrar, não podia fazer estágio, essa era uma alternativa, buscar formas de manter o seu estudante, o seu formando interessado. Para isso você tem que repensar, tem que buscar outras alternativas. (P9)

Cabrera (2020) destaca em seu trabalho com residentes de cirurgia geral da Colômbia que os preceptores podem aproveitar esse momento da pandemia em que as atividades desenvolvidas durante a residência tiveram que ser repensadas para desenvolver outras atividades que inspirem os residentes e ajudem eles no desenvolvimento de habilidades além daquelas que são intuitivamente relacionadas a especialidade em questão como é o caso do trabalho em equipe, resolução de problemas, liderança e educação (CABRERA, 2020).

Apesar da crise de saúde pública devido à pandemia de COVID-19, não deve ser abandonado o currículo educacional formal. Para isso cabe aos preceptores estarem disponíveis para liderar e participar do treinamento em serviço dos médicos residentes, assim como era o desejo dos residentes de geriatria entrevistados (CABRERA, 2020).

É importante ressaltar que a residência médica não é um trabalho, pelo contrário, consiste no padrão ouro da formação médica, sendo essencial compreender os médicos residentes como profissionais qualificados em treinamento especializado. Além disso, é importante reconhecer suas aspirações, interesses e angústias (FERREIRA, 2021). Essa compreensão está em consonância com o que é almejado pelos residentes de geriatria uma vez que o relato desses demonstra que os mesmos gostariam de poder expressar suas percepções e opiniões e serem ouvidos nos seus questionamentos pelos preceptores e coordenadores dos programas de residência médica. Contudo, conforme se extrai dos relatos, muitos não observaram a existência de um canal de comunicação aberto ou quando este estava presente não sentiram que tiveram as suas demandas atendidas.

Desse modo, o presente trabalho também pode ser observado sobre a perspectiva de ter fornecido um espaço para os residentes se expressarem livremente, sem coerções, sobre a maneira como sentiram o seu processo formativo durante a residência em geriatria e dessa forma contribuir para que os residentes pudessem se sentir de algum modo acolhidos nas suas reflexões e questionamentos.

Experiências pregressas evidenciaram que durante períodos pandêmicos profissionais de saúde ficam mais suscetíveis a desenvolver transtorno de estresse agudo, transtorno de estresse pós-traumático e uso de substâncias. Na atual pandemia, tem-se verificado aumento na incidência de sintomas de transtornos

mentais nesta população, sendo os depressivos os mais frequentes, seguidos dos sintomas de ansiedade, insônia e angústia (MINERVINO, 2021).

Desse modo, desenvolver ações a fim de preservar a saúde dos residentes torna-se um ponto importante a ser pensado e estruturado nos serviços de residência médica. Talvez facilitar a comunicação de modo que os residentes se sintam seguros em falar e expressar as suas opiniões e ideia pode contribuir para evitar desfechos negativos a saúde destes.

Embora não existam relatos diretos de adoecimento psíquico grave a ponto de culminar no afastamento dos residentes entrevistados de suas atividades formativas, ao se analisar os discursos, o sentimento de insatisfação por decisões unilaterais tomadas pela coordenação dos programas e por não terem sido ouvidos pelos preceptores nas suas demandas se mostra constante. Isso, por sua vez, inevitavelmente afetou ou poderia ter afetado a saúde mental dos entrevistados.

Quando às **adaptações ao novo contexto**: novas formas de aprender e melhorar a formação pode se inferir das entrevistas que a pandemia mudou a forma como ocorria o processo de formação em geriatria até então, sendo destacados apesar da existência de pontos negativos, também pontos positivos como a busca por novas formas de aprender e novas metodologias que facilitam o ensino, além da reflexão sobre formas de complementar as lacunas advindas da formação durante a pandemia e de como melhorar o processo formativo:

Agora em 2021, com a vacinação, melhorou um pouquinho, porque estamos conseguindo voltar aos ambulatórios, estamos conseguindo ter as instituições de longa permanência, então acho que com a vacinação melhorou bastante. Eu acho que neste ano de 2021, por já ter passado o impacto inicial, já estamos conseguindo visualizar a situação e nos organizar melhor. O que está sendo feito já está valendo a pena. A gente está conseguindo pensando em tudo o que a gente perdeu e adaptar os nossos estágios para compensar. Então eu acho que a partir de agora está tudo bem, estamos conseguindo correr atrás do prejuízo. (P1)

Na verdade teve muita coisa de aprendizado que a pandemia me trouxe. Eu valorizei mais os ambulatórios que eu não tive. (P1)

Uma possível melhoria que poderia ser feita é a de que quando fosse necessária a nossa ajuda no atendimento de pacientes com COVID, que nos fossem direcionarmos os

pacientes idosos com COVID, no lugar de ficarmos atendendo jovens ou até mesmo gestantes, como tem sido. (P2)

Poder acompanhar esses pacientes idosos com COVID em um ambiente além da enfermaria, em um ambulatório pós alta, seria muito bom. (P2)

A gente acaba tendo que descobrir outras formas de aprender. (P3)

Teve um lado bom que foi a possibilidade que a gente teve à distância de pode interagir com mais pessoas. Fazer cursos e congressos *on-line*, conhecermos novos treinamentos, essa foi uma parte boa, mas perdeu um pouco o lado bom do presencial, que às vezes eu acho que agrega mais porque a gente por estar fisicamente próximo interage um pouco mais, acaba falando mais para tirar as dúvidas, perguntar, e fica algo mais pessoal. É bom saber que no dia que precisarmos, também conseguimos fazer boas discussões pelo formato virtual. Eu acho que na questão do virtual, a gente pode interagir com várias pessoas de fora, a gente acabou fazendo mais cursos de outros estados, que talvez a gente não faria antigamente porque era presencial e exigia um deslocamento. (P4)

O que ficou de positivo para mim ao estar fazendo a especialização durante a pandemia é o modo como a gente acabou ficando unido enquanto equipe, como a gente teve que aprender a dividir quem vai atender aquele dia o paciente COVID, o que a gente pode fazer, acho que essa união acabou sendo um ponto positivo. (P4)

O ideal, a meu ver, seria que a gente pudesse talvez estender um pouquinho o período da especialização, talvez fazer um estágio depois, isso ajudaria a suprir o que faltou, mas infelizmente não é permitido. (P4)

A outra questão que eu acho que é muito marcante é que eu gostaria muito de ter um retorno, um acompanhamento dos pacientes internados. Então se existisse um ambulatório de retorno, por exemplo, a gente ia poder ver aquele paciente novamente e com isso rever com mais atenção as medicações que ele está usando. Fazer esse seguimento ambulatorial dos pacientes que estiveram internados. Acho que isso é uma das coisas mais importantes que eu sinto falta. Acho que eu ia aprender muito sabe? Eu fico pensando "nossa eu queria muito ver esse paciente depois". (P6)

Outra questão que eu acho que a gente aprendeu bastante, principalmente no paciente idoso, foi a importância de uma rotina de acompanhamento, do seguimento médico frequente. Pelo medo de ir ao hospital, muitos pacientes perderam os acompanhamentos com os especialistas. A gente tem visto o grande prejuízo para esses pacientes que ficarem

tanto tempo sem voltar na consulta, que perderam o segmento. As vezes um diagnóstico que poderia ter sido feito não foi. O paciente idoso tem ficado só mais em casa, não tem se exercitado. Isso tudo junto com o isolamento social fez a depressão aumentar muito. Parece que os idosos tiveram uma queda de funcionalidade muito acentuada nesse ano da pandemia o que só reforça para a gente como a interação social e os relacionamentos são importantes. Pacientes que às vezes jogavam um baralho uma vez por semana, viam as amigas, ou que viam a família, o que assim, faziam alguma coisa que trazia sentido para a vida deles, com a pandemia foram bem prejudicados. A queda de funcionalidade dos pacientes com demências também foi bem acelerada. Isso eu percebo pelos pacientes que eu acompanho. Na minha experiência eu senti que prejudicou bastante. (P6)

Um sugestão seria equilibrar a escala de atendimento a pacientes com COVID entre todo mundo não no formato como foi em que o residente da geriatria e demais especialidades clínicas tinha que atender um volume maior de pacientes. Talvez isso tivesse sido uma coisa que iria ajudar a gente a ter uma formação melhor e ocuparia menos o nosso tempo. De diferente, eles poderiam ter redistribuído os plantões, dissolvendo essa carga horária no meio dos nossos estágios obrigatórios, ou talvez se eles tivessem a sensibilidade entre aspas, de separar os pacientes poderia ter sido melhor. Assim, por exemplo, a clínica e a cardio fica com os adultos e a geriatria fica com os idosos com COVID, talvez assim tivesse sido proveitoso para a gente, mas não foi assim entendeu? Foi assim: "você fica com a enfermaria um, você fica com a enfermaria dois, você com a enfermaria três", aí na enfermaria tinha só um ou dois idosos enquanto a maioria era adulta. Então acho que talvez pudéssemos ter aproveitado essa oportunidade de uma forma diferente sabe, de uma forma que, por exemplo, residente da clínica atendesse os adultos e da geriatria os idosos. Assim seria legal, mas não foi assim que foi feito. (P7)

Eu acho que a gente já está tentando compensar essa lacuna que ficou entre nós. A gente adaptou nossos estágios do R4 puxando coisas que perdemos do R3, então a gente já tentou compensar, dessa forma então, por exemplo, eu estou fazendo mais ambulatório esse ano do que eu fiz ano passado para pegar do ambulatório coisa que eu perdi, ambulatório da especialidade em si. (P7)

A gente acabou ficando sem ambulatórios durante a maior parte do ano. Estamos tendo que compensar isso este ano adaptando alguns estágios. Eu acho que pensando que a gente ainda não terminou a pandemia a ideia de redistribuir os serviços alocados mais na sua afinidade sabe faria a diferença na nossa formação. (P7)

Você me perguntando acho que não consigo enxergar algum aprendizado ou alguma coisa que poderia ter sido feita diferente. Talvez eu consiga ver daqui algum tempo, mas não hoje. Enquanto não acabar eu acho que não tem como fazer um paralelo porque a pandemia ocupou muito recurso né, atrapalhou bastante a gente. (P8)

Poderiam ter feito coisas no sentido de " ah não, vamos ter algo toda semana, cada um estuda alguma coisa e vamos apresentar", mas não, ficou mais fácil deixar a gente até setembro fazendo enfermagem pelo segundo ano consecutivo, uma enfermagem COVID, para depois a gente poder fazer alguma coisa. A gente só conseguiu aprender alguma coisa porque a gente foi atrás. Se a gente tivesse tido a oportunidade de participar de mais atividades práticas em geriatria acho que a nossa teia de conhecimento, o nosso aprendizado, tudo isso ia virar muito mais coisas, mas a gente não teve. (P9)

Pensando em algo bom, a pandemia me ajudou a estudar mais, a fazer bastante congresso e cursos. Fiz muitos congressos, inclusive congresso internacional que eu não conseguiria fazer, mas com a pandemia por ser *on-line* foi possível fazer. Fazer esses cursos que antes eram presenciais e agora são na modalidade *on-line* facilita o acesso porque a gente não se limita pela questão do deslocamento e consegue fazer mais de uma coisa ao mesmo tempo. Por exemplo, quando eu me inscrevia nos cursos presenciais ficava muito difícil conseguir fazer tudo. Digamos que essa modalidade à distância ou às vezes semipresencial facilita bastante. A pandemia ajudou muito nisso. Digamos que abriu portas para a gente fazer muito mais. (P9)

Hoje eu aprendo geriatria com os pacientes que chegam para mim, porque eu faço um estudo a partir dos casos deles, e aos pouquinhos a gente vai aprendendo, como se a gente fosse autodidata. A gente está aprendendo com o que a gente tem na nossa bagagem. (P9)

O meu coordenador está dando bastante liberdade para a gente tentar suprir o que ficou pendente na nossa formação. Daí eu quero aproveitar para ir em outros ILPIs, que os outros chefes falam para conhecer. Temos que aproveitar o máximo que pudermos da prática. (P10)

Eu acho que a sugestão específica para o nosso serviço seria uma maior adesão dos chefes em relação às aulas *on-line*, porque se a gente tivesse uma aula no *Zoom*, um dia por semana, com duração de uma hora, a gente poderia ter mais gente participando. Por exemplo, tem chefe que só vai para o hospital à tarde, outro só vai de manhã, então todos não podem estar presentes na aula presencial. Mas se a gente fizesse no *Zoom*, teria mais gente participando e discutindo. Assim seria

mais rico para todos e não seria feito na correria, no meio dos atendimentos do hospital, como tem sido desde antes da pandemia começar. A aceitação das aulas on-line por parte dos chefes já ajudaria bastante. (P10)

A literatura mostra exemplos de experiências exitosas de adaptações que foram feitos nos programas de residência médica no decorrer da pandemia e que desse modo podem servir de exemplo e inspirar outros programas. De Almeida (2021), em sua publicação enumerou diferentes intervenções praticadas por programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) nesse contexto de pandemia que impactaram positivamente a satisfação dos médicos residentes e que por assim ser podem servir de exemplo para adaptações em outras instituições (DE ALMEIDA, 2021)

A título de ilustração, houve programas, como o do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) em Porto Alegre, que reconfiguraram sua carga horária no início da pandemia para que parte dos residentes permanecessem em seus domicílios para a realização de atividades de ensino remotas a fim de reduzir a aglomeração de residentes nos cenários de prática, mantendo, ainda assim, a carga horária exigida. Esses residentes por sua vez se sentiram mais amparados e seguros e também mais propensos a dedicar-se ao estudo teórico de temas gerais de MFC em vez de somente repetirem exaustivamente a aplicação dos protocolos de atendimento a casos de COVID-19 (DE ALMEIDA, 2021)

Esse tempo dedicado a atividades remotas possibilitava aos residentes de MFC, assim como também foi para os residentes de geriatria do Paraná, a realização de uma série de cursos on-line relacionados à prática clínica característica do médico de família e comunidade, bem como tinha papel terapêutico na redução da sobrecarga gerada pelos incontáveis atendimentos de sintomáticos respiratórios em vigência da pandemia (DE ALMEIDA, 2021).

Entre outras sugestões aparentemente bem-sucedidas, destaca-se a formação de uma frente de ensino a distância minuciosamente planejada, como foi o caso do programa de residência médica em MFC da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) em Brasília. Nesse programa, a grade teórica reorganizou-se em semanas tão logo se iniciaram as primeiras restrições sanitárias, e o currículo foi assim transposto para a esfera virtual de forma rápida para a efetivação da programação teórica (DE ALMEIDA, 2021).

O uso do canal virtual para a comunicação permite que o palestrante não esteja nem mesmo na cidade onde ocorre a residência médica. Assim sendo, deve ser do interesse da coordenação do programa convidar diferentes profissionais gabaritados para participar de aulas a fim de apurar lacunas de conhecimento e funcionar como alavanca na otimização do ensino (DE ALMEIDA, 2021).

Essas ferramentas de ensino virtual conseguem também democratizar e nivelar a qualidade do ensino na proporção em que torna mais viável a inclusão de programas de residência médica menores em uma grade curricular mais ampla, construída conjuntamente com outros programas de residência médica já mais robustos e experientes. Quando existe essa troca e a oferta da formação teórica elaborada em conjunto por distintos programas de residência médica todos os residentes passam a ganhar (DE ALMEIDA, 2021). Talvez esse espírito de cooperação entre os programas, tanto na parte prática como na parte teórica, sejam um dos caminhos para se buscar completar as lacunas que ficaram na formação dos futuros especialistas. Assim, é necessário e esperado que esses programas se mobilizem e concretizem mudanças.

Outros exemplos de atividades exitosas desenvolvidas durante a pandemia em programas de residência médica são apresentados por Alves (2021) em seu relato de experiência referente às ações de telemonitoramento e teleatendimento realizadas por residentes das categorias de Fisioterapia, Nutrição e Psicologia com ênfase na população idosa. As atividades por eles desenvolvidas foram bem aceitas pelos pacientes idosos que tiveram disponibilidade e interesse na corresponsabilização das práticas propostas, havendo grande interação, oportunizando a promoção de saúde e proporcionando a melhora no cuidado e no vínculo (ALVES, 2021)

Evidências mostram que o uso de diversas formas de telessaúde pode trazer também outros benefícios, como redução da circulação de pessoas em instituições de saúde, permitir o atendimento de pacientes com doenças e comorbidades pré-existentes e melhorar a qualidade do atendimento ao possibilitar o acesso a profissionais de saúde por parte da população pertencente aos grupos de risco, como é o caso da população idosa (CATEANO et al.,2020).

Desse modo, atividades como estas podem servir de inspiração aos programas de residência em geriatria a fim de permitir que o cuidado focado no

paciente idoso possa continuar a ser ofertado ao mesmo tempo em que são respeitadas as condições limitantes impostas pela pandemia. Com isso além da garantia de continuidade do atendimento aos pacientes também é garantida a continuidade da aprendizagem dentro das particularidades da especialidade, o que é por diversas vezes reforçado nos relatos dos entrevistados como uma necessidade em sua formação.

De Almeida (2021) destacou também a importância da existência de grupos Balint em plataformas digitais para os residentes, possibilitando tanto o compartilhamento de experiências singulares da relação médico-paciente quanto a interação entre os residentes. Momentos como estes proporcionam maior desenvolvimento profissional e pessoal individual e coletivamente, auxiliando os residentes a entender melhor o impacto de suas personalidades nos diferentes ambientes de consultório (DE ALMEIDA, 2021).

Neste sentido, De Lucena (2020) no seu artigo que relatou a experiência do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, na área de serviço social, em um hospital universitário, na cidade de Salvador-BA, concluiu que é fundamental a atuação dos residentes no atual contexto, já que este é um profissional que desenvolve seu trabalho e formação acadêmica numa linha tênue, que, contudo, deve ser preservada respeitando-se os compromissos firmados nesse processo de ensino-aprendizagem, para que não se perca os princípios da formação em serviço no decorrer do percurso, diante de um contexto atípico, como o da pandemia da COVID-19 (DE LUCENA, 2020).

Para não comprometer esse aprendizado, cabe a todos envolvidos nesse contexto como os tutores, preceptores e demais profissionais que estão inseridos nesse processo compreenderem que este espaço de aperfeiçoamento profissional, na perspectiva da formação continuada em serviço, é articulado a um projeto de ensino-aprendizagem e que se constitui como eixo de formação profissional. Devendo assim ser mantido (DE LUCENA, 2020).

Na opinião de Ferreira (2021) o currículo da residência deve ser protegido, mesmo durante a pandemia, caso contrário a formação de futuros especialistas pode ser afetada. Diante dessa situação atípica, os programas de residência e entidades médicas devem pensar a longo prazo, criando iniciativas que reorganizem o plano formativo e garantam a formação adequada dos especialistas. Entre as estratégias possíveis que são destacadas no artigo se encontra a reorganização dos estágios

práticos dos programas de residência, com ou sem a extensão dos programas, de modo a compensar as deficiências de treinamento que ocorreram durante a pandemia (FERREIRA, 2021). Essa reorganização que aconteceu em um dos programas de residência médica em geriatria do Paraná é vista com entusiasmo nas entrevistas dos residentes desse programa e como desejo por parte dos residentes dos demais programas.

Em outras palavras, a reorganização de estágios, com a possibilidade de repensar o que já havia sido estabelecido em cronograma em um momento pré-pandemia, de modo que fossem contemplados estágios fundamentais a formação enquanto futuros geriatras foi relatada por parte dos residentes. Sendo que essa flexibilização foi compreendida como algo positivo para a aprendizagem na visão dos residentes entrevistados.

Um trabalho realizado com residentes de cirurgia geral da Colômbia considerou que frente à reestruturação do fluxo de trabalho e a diminuição da quantidade de cirurgias durante a pandemia, devem ser desenvolvidas outras oportunidades de aprendizado para os médicos residentes como o uso de casos clínicos, discussões de imagens radiológicas e vídeos cirúrgicos (CABRERA, 2020). O desejo pela oferta e desenvolvimento de outras formas de aprendizagem também aparece constantemente nos relatos dos residentes de geriatria entrevistados. Isso demonstra que o atendimento aos pacientes com COVID e a manutenção de aulas teóricas no formato virtual se mostrou insuficiente frente às suas expectativas de aprendizagem e que a utilização de diferentes recursos como os elencados no artigo acima poderia contribuir para suprir essa necessidade e melhorar o ensino durante a residência médica.

Um artigo que teve como objetivo relatar a experiência do serviço de saúde mental de um hospital universitário e da residência médica em psiquiatria durante este período compartilhou a experiência positiva do teleatendimento como ferramenta para o cuidado em saúde mental (MINERVINO, 2021). Tecendo um paralelo, a residência em geriatria também poderia se apropriar desse instrumento a fim de tratar, acompanhar e dar seguimento ao atendimento dos pacientes que não pudessem frequentar fisicamente os ambulatórios e com isso também garantir o desenvolvimento dessa nova habilidade de atendimento por parte dos residentes.

O caso da Residência Médica em Neonatologia do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo que

sofreu profunda transformação de cenário frente a atual pandemia também é um exemplo de experiência exitosa que pode servir de inspiração para melhorar o ensino durante a residência.

Com a instalação da pandemia de coronavírus as reuniões desse serviço foram suspensas para segurança de todos, assim como outras atividades próprias dos residentes. Durante um mês, os residentes tiveram pouquíssima ou nenhuma atividade teórica. Ante a necessidade de rever tal situação começaram a surgir propostas alternativas, entre elas, o ensino remoto (FALCÃO, 2020).

O ensino remoto é uma opção quando o ensino presencial não é possível, como na pandemia pela COVID-19. Ele é uma adaptação do ensino a distância, porém sem ferramentas rígidas, ou seja, sem sistematizações do conteúdo didático, da forma da apresentação e sem formação prévia dos tutores. Apesar de ser uma adaptação temporária ante uma situação de crise, é possível implantá-lo de maneira rápida, efetiva e, assim, satisfazer as aspirações dos residentes (FALCÃO, 2020).

Sendo assim, criou-se, então, um programa de conteúdo teórico em ambiente virtual dividido em várias atividades, a saber: discussão de casos clínicos, com apresentação de conteúdo teórico (semelhante ao que já era feito no serviço antes da pandemia), discussão de artigos com ênfase na metodologia e aulas expositivas. Essas atividades culminaram no aumento na frequência dos residentes a esses encontros comparativamente as aulas presenciais pré-pandemia em função da facilidade do acesso remoto (FALCÃO, 2020).

Em função dessas adaptações, os autores concluíram que os residentes não tiveram perda do conteúdo teórico do Programa de Residência Médica em Neonatologia para sua formação, e sim um ganho substancial. O ensino remoto por ser barato, factível a distância e poder ser realizado por todas as especialidades médicas, bastando ter disposição e disponibilidade para implementá-lo, pode ser aproveitado em um momento após a pandemia. Talvez através de um modelo híbrido de aprendizado, com encontros presenciais e *on-line* (FALCÃO, 2020).

Como sugestão de adaptação ao cenário de pandemia e com o objetivo de melhorar a formação Cabrera e colaboradores (2020) expõem que podem ser desenvolvidas pesquisas e estimulada a produção acadêmica dos médicos residentes através, dentre outras coisas, do desenvolvimento e envio de material científico para a publicação (CABRERA, 2020).

Cabrera e colaboradores propõem que à medida que toda a comunidade médica se mobiliza em torno do enfrentamento à pandemia de coronavírus, a formação dos médicos residentes poderia ser flexibilizada a fim que os mesmos pudessem completar o treinamento quando necessário até o ponto em que estejam aptos para iniciar a prática não supervisionada da especialidade com segurança e competência (CABRERA, 2020).

Para isso pode ser necessário fazer ajustes nos programas, mas com o cuidado de manter padrões rígidos de competências a serem atingidas dentro da especialidade. Segundo os autores, cabe os coordenadores dos programas de residência médica avaliar e considerar a competência do médico residente, individualmente, para determinar se ele está preparado para concluir o programa de residência e iniciar sua carreira dentro da especialidade (CABRERA, 2020).

Os resultados da pesquisa realizada com residentes de neurologia da Espanha mostra que 81% gostariam de fazer os estágios que foram perdidos e que mais de 30% não recebeu apoio de seus serviços para recuperá-los assim como a maior parte dos residentes de geriatria entrevistados (SANTACRUZ, 2021).

Santacruz (2021) pontua que o impacto nos aspectos formativos dessas gerações de residentes devem ser levadas em consideração pelas comissões de ensino e autoridades de saúde, a fim de que a sua formação não seja diminuída e, em última análise, o seu nível de treinamento prejudicado (SANTACRUZ, 2021).

Embora ainda seja cedo para quantificar o impacto negativo final que a pandemia pode ter na saúde pública, estima-se que levará a um comprometimento de pelo menos 6 meses nos períodos de formação dos residentes. Portanto, seria aconselhável, segundo os autores, considerar a prorrogação excepcional do período de residência, como já está feito quando existem outras causas que podem levar ao não cumprimento dos prazos legalmente estabelecidos (SANTACRUZ, 2021).

Uma alternativa imediata na impossibilidade da prorrogação dos programas de residência seria melhorar as escalas e a distribuição dos pacientes com COVID entre as especialidades médicas a fim de que cada uma pudesse prestar assistência a um maior número de pacientes próprios da sua especialidade. Essa ideia está presente nos relatos dos entrevistados que expõem a compreensão dos mesmos de que seria inevitável o atendimento a pacientes com COVID tendo em vista o cenário da pandemia, mas que teria sido muito mais proveitoso para o aprendizado se

pudessem ter sido destinados aos residentes em geriatria aqueles pacientes com idades maiores de 60 anos.

Por último, Cabrera e colaboradores (2020) destacaram que todos os programas devem preparar seus médicos residentes para um era “pós COVID-19”, em que o ritmo de atendimento anterior dos serviços deve ser retomado acrescido do aumento considerável de novos casos clínicos e cirúrgicos em decorrência da menor procura de assistência médica a essas outras condições de saúde durante a pandemia (CABRERA, 2020).

No que se refere à **vivência da especialidade**: habilidade de comunicação interpessoal e resiliência os discursos salientam que um dos grandes aprendizados com a pandemia foi a capacidade de aprender a se adaptar a novas situações e o desenvolvimento da habilidade de comunicação:

Acredito que talvez também faltou um maior empenho por parte de nós enquanto residentes, mas é que na hora que começou a gente ficou tão assustado com aquilo que estava vindo que a gente nem pensou em segundas opções além das que direcionaram. E a gente achou que a gente faria falta naquele momento. Mas eu acho que se eu pudesse voltar atrás, eu teria corrido atrás de outras opções. (P1)

Em geral o grande aprendizado foi lidar com uma situação tão nova. Temos a constatação de que os cenários podem a qualquer momento mudar. Isso acho que nos desperta para uma necessidade de estar sempre estudando e de estar constantemente se atualizando. (P2)

Acho que foi muito o aprendizado agora na pandemia e vamos seguir percebendo os reflexos dela. A gente está vivendo não só a doença, mas as consequências dessa infecção, de como vai ser daqui para frente. (P3)

Ao meu ver a aprendizagem que a pandemia trouxe não foi em questão de conteúdo, mas na forma com que a gente está aprendendo agora. Muita gente está reclamando do formato virtual, mas a gente teve que se habituar. Acho que foi um mal necessário. Tivemos que nos habituar a esse modo de conexão, a essa nova forma de aprender. Agora por exemplo, nós estamos fazendo uma conversa digital. Acho que isso foi um grande avanço que nos trouxe facilidades na comunicação e comodidade por não termos que nos deslocar para aprender. A gente acaba tendo que descobrir outras formas de aprender. (P3)

O principal aprendizado nesse momento não foi algo que foi passado pelos preceptores, mas a experiência e a vivência que tivemos com várias questões como na comunicação com a

família e aceitar e contar sobre a perda dos pacientes. A parte mais importante foi a da comunicação com a família. Tentar ter mais calma, ouvir, e buscar entender o problema dos outros. Esse foi o maior ganho assim sabe? Por que a gente se coloca, acho que todo mundo acabou se colocando no lugar do outro, então acho que isso foi o maior ganho, essa parte humana da comunicação. (P5)

Acho que aprendi bastante assim com o paciente de COVID. Aprendi a dar as informações de uma forma melhor, às vezes dar as informações mais resumidas. Aprendi que você não precisa falar todo quadro clínico médico. No final a família só queria saber se ele estava comendo, se não estava sentindo dor, essas coisas. Com o COVID aprendemos a fazer uma comunicação com a família de uma maneira diferente. Eles não querem saber a saturação ou outros dados técnicos, eles só querem saber se o paciente está bem, se está comendo, se tomou banho, então isso me ajudou a entender o que realmente importa para as famílias e ajudou a humanizar os cuidados. (P6)

Acho que teve bastante o aprendizado de ter mais paciência, conversar mais, escutar o paciente. Essa parte era uma das mais difíceis. Não tanto a parte da Medicina em si clínica, mas essa questão da saúde mental, emocional, foi um grande desafio. Acho que eu aprendi bastante nisso. Eu acho que a questão de comunicação também. A gente acabou tendo que desenvolver muito essa parte da comunicação, comunicação de más notícias, comunicação de desfechos. Tivemos que ter mais consciência no uso das palavras para não assustar o paciente e também se comunicar de maneira clara com a família. (P6)

A COVID ajudou também a nos despertarmos para a abordagem de cuidados paliativos. Da gente entender o que é proporcional e o que não é para o nosso paciente. De refletir o que seria mais sofrimento ou não. A minha impressão é que talvez as próprias pessoas tenham pensado sobre isso, e pesado sobre os benefícios das intervenções médicas, das medidas mais invasivas. Tipo "será que vale a pena levar ele para o hospital, acho que não, acho melhor ele ficar aqui em casa, e daí ter uma assistência em casa". Então acho que a pandemia foi positiva em muita coisa. (P6)

Acho que na forma de aprender a pandemia fez a gente pensar um pouco fora da caixa mesmo, de sair daquela rotina tradicional sabe. Talvez eu tenha, eu nem sei o que eu perdi porque eu não tive, mas eu tento pensar no que eu aprendi, pensar no lado bom que foi isso que eu te falei, de realmente deixar um pouco a doença de lado e ver mais o paciente, o contexto sabe? De me preocupar e trabalhar a comunicação, que eu acho que nunca na minha vida, nem na faculdade nem na residência clínica nunca tinha sido trabalhada dessa forma

tão intensa. Talvez seja isso, você encontrar o momento que você tá e tentar aprender outras habilidades. (P6)

A gente também fica muito desgastado, com muito stress, isso que eu acho que esse é o pior, porque a gente não consegue ver um lado bom assim. Muitas vezes você se sentia totalmente sem força, sem energia, sem vontade assim, sei lá, do próprio processo. Então acho que isso que acabou prejudicando até um pouco mais. Talvez esse ano que a gente está um pouco mais calejado que eu consigo enxergar assim, pelo outro lado, o lado bom sabe? mas ano passado se você me perguntasse talvez eu estaria mais frustrada de não ter visto tantos pacientes como poderia, de ter que atender o paciente com COVID. Agora já estou numa fase que eu estou me sentindo grata por ter participado desse processo, de poder ter feito parte desse história, de ter contribuído do modo como eu pude. (P6)

Difícil dizer sobre aprendizados durante a pandemia sabe?! claro que sempre tem, por exemplo, eu comecei a trabalhar com uma carga muito maior de pacientes num curto período de tempo. Não é o ideal para a gente da geriatria, mas eu aprendi a utilizar melhor do meu tempo por quê principalmente nesses meses que eu estava trabalhando obrigado ali no COVID a carga de pacientes era muito alta, a rotatividade muito grande dos pacientes internados, então eu acho que isso me ajudou pessoalmente. Mas um ponto positivo, um dos poucos pontos positivos que eu vejo foi a questão de administração de tempo assim que eu consegui ser um pouco mais objetivo na hora de atender o paciente. (P7)

Para a residência médica a pandemia foi um período difícil. Isso mostrou que a gente tem que ser resiliente. Aceitar que isso está acontecendo não só com a gente, mas também com todos os residentes, e com certeza teve gente que se prejudicou mais. Mas ao mesmo tempo possibilitou coisas boas, como ter passado em estágios em outros lugares, o que foi uma surpresa. Acho que aprendemos a estar abertos às possibilidades e nos virarmos com o que temos. Tivemos que nos reinventar porque aconteceram coisas que a gente nem imaginava, mas que no fim foram super boas, acrescentaram muito à formação. (P10)

A pandemia de COVID-19 é um tempo para inovar, e somos capazes de descobrir novas maneiras de ensinar, como as possibilidades de uso do ambiente virtual (FALCÃO, 2020). O ambiente virtual foi bem aceito pelos residentes entrevistados. Ademais, existem relatos de que o grande ganho para a aprendizagem neste momento de pandemia foi justamente a possibilidade de reinventar o modo de aprender e a utilização desse ambiente de ensino.

Um programa de residência médica genuinamente interessado na formação acadêmica do residente deve também ser centrado nele, estando apto a mudar sua estrutura conforme as necessidades por eles demonstradas a fim do processo de ensino acontecer de um modo mais exitoso (DE ALMEIDA, 2021).

Sendo assim, é essencial repensar a educação médica diante dessa conjuntura. Entende-se como obsoleta a expectativa de que o residente se transforme integralmente para adequar-se às necessidades da instituição ou de que ele seja unicamente o agente responsável por satisfazer suas demandas de conhecimento (DE ALMEIDA, 2021).

Diante do isolamento social imposto pela pandemia da COVID-19, os profissionais residentes e o público idoso tiveram o desafio de se readaptar, reinventar e aprender as novas formas de comunicação e cuidado em saúde, especialmente as desenvolvidas por meio virtual, caracterizando-se como uma ferramenta eficaz para estimular o isolamento social e a promoção da saúde (DE MORAIS SANTANA, 2021).

Além disso é importante que durante o programa de residência médica ocorra o desenvolvimento de atividades teóricas e práticas que vão além do ensino da especialidade médica em si. Sendo fundamental envolver e preparar os médicos residentes para novos papéis em resposta à pandemia (CABRERA, 2020).

O processo de formação da residência é um grande desafio, especialmente nesse momento de pandemia, visto a necessidade de formar profissionais que precisam estar preparados para atuar em contextos que envolvam situações complexas e de incertezas. Deste modo, as ações frente ao contexto pandêmico também podem representar oportunidades de aprendizagem e criar novas experiências, pois gera vivências para estes profissionais que estão se qualificando para o mercado de trabalho (DE OLIVEIRA, 2020).

Diante disso, devemos compreender que o momento não foi perdido para a formação, apesar as necessidades de readequação, uma vez que colaborou para o desenvolvimento de novas habilidades e técnicas no atendimento a saúde que podem ser muito úteis inclusive para um momento pós pandemia a exemplo da resiliência e habilidade de comunicação apontadas nos relatos dos entrevistados.

Do mesmo modo, por meio dos relatos e reflexões expostas pelos residentes multiprofissionais de um Hospital público de Rio Grande-RS pode-se perceber que a pandemia de COVID-19 impactou suas vivências profissionais trazendo fragilidades

no aprendizado teórico-prático, mas que por outro lado trouxe a experiência e maturidade profissional de como atuar nos diferentes contextos e limitações, assim como presente no relato dos residentes entrevistados (DA CUNHA AIRES, 2021).

Ser residente nestes períodos de pandemia se torna desafiador visto que ações de reconfigurações do âmbito e da forma de trabalho devem ser realizadas, a fim de suprir as demandas da melhor forma possível. Além disso, esse período de pandemia exige medidas inovadoras em situações inesperadas. Desencadeando implicações, despertando a necessidade de se reinventar e criar a partir das novas necessidades e demandas. Fazendo com que os residentes sejam capazes de se requalificar para atender esses novos fluxos, garantindo a segurança do usuário e do profissional (DA CUNHA AIRES, 2021).

A efetiva transformação de uma situação de adversidade em desafio e oportunidade para crescimento implica no desenvolvimento e utilização de recursos adaptativos para tal situação. O residente ao mobilizar recursos dos quais, anteriormente, não tinha consciência permite que se caminhe rumo ao seu crescimento e enriquecimento pessoal e desse modo desenvolva as competências esperadas durante a sua formação. Desse modo, adversidades como a pandemia de COVID-19 também podem ter efeito potencializador da sua aprendizagem (DA CUNHA AIRES, 2021).

Dentre as limitações desse estudo encontra-se o fato dele ser transversal e deste modo não poder ter acompanhado os residentes ao longo do tempo a fim de verificar se houveram mudanças em relação a suas percepções no decorrer do processo de formação. Além disso, o resultado por ter um cunho subjetivo importante não pode ser generalizado pois a experiência dos autores e participantes foi única.

5 CONCLUSÃO

É inegável que a pandemia de COVID-19 transformou o mundo de forma rápida e inesperada. Assim, foi necessário pensar diferentes formas de comunicação, novas estratégias de trabalho e de adaptação do ensino ao novo momento.

A pandemia impactou na formação dos residentes que se adaptaram a uma nova rotina, tiveram ações específicas da área de conhecimento afetadas e precisaram adequar as atividades teóricas presenciais para aulas assíncronas e síncronas, como forma de manter o treinamento na residência durante esse período.

Os residentes de geriatria do Paraná foram direcionados para atendimento na linha de frente e deixaram de frequentar diversos dos estágios que haviam sido programados, concentrando suas atividades práticas principalmente no ambiente de enfermarias destinadas ao tratamento de pacientes com COVID-19. Além disso, passaram a não ter aulas teóricas ou estas foram direcionadas ao formato on-line seguindo a mesma metodologia até então adotada.

Desse modo, todos os participantes relataram que a pandemia prejudicou o seu aprendizado durante a residência em função, dentre outras coisas, do menor contato com questões próprias da especialidade e pouco envolvimento dos preceptores no auxílio ao enfrentamento das dificuldades que surgiram.

A maior parte dos entrevistados, contudo, acreditavam que mudanças realizadas na residência médica em função da pandemia foram positivas e podem ser úteis em um momento pós-pandemia como é o caso das reuniões em ambiente virtual e o trabalho interdisciplinar. Além disso, pontos relevantes como o desenvolvimento da habilidade de comunicação e a resiliência foram apontados como ganhos para a aprendizagem.

Quanto ao uso de metodologias de ensino, percebeu-se que os programas de residência médica em geriatria do Paraná continuaram a adotar as aulas expositivas dialogadas quase que exclusivamente só que adaptadas ao formato virtual. Na literatura, por sua vez, foram encontradas experiências exitosas do uso de diferentes metodologias durante a pandemia o que proporcionou ganhos para a aprendizagem da comunidade acadêmica servindo de exemplo e inspiração para adaptações dos demais programas de residência.

Dada a situação atual, é fundamental a fim de minimizar as perdas no aprendizado dos residentes, a implementação de novas tecnologias que, embora já latentes, tiveram um grande crescimento nos últimos meses, como as sessões clínicas realizadas em ambiente virtual. Estas, por sua vez, podem inclusive ser mantidas quando a crise atual for resolvida.

Desse modo o processo de formação da residência se tornou desafiador em função da necessidade de formar profissionais preparados para atuar com as peculiaridades da sua especialidade em contextos incertos e complexos. Embora seja um momento de desafios para o ensino também é um momento de oportunidade de novas experiências e vivências e de repensar o ensino médico a fim de melhorar progressivamente a aprendizagem dos futuros especialistas.

6 REFERÊNCIAS

AFONSO, Denise Herdy *et al.* Análise da Associação Brasileira de Educação Médica sobre os desafios da Residência Médica na pandemia da COVID-19. **Health Residencies Journal-HRJ**, v. 1, n. 3, p. 6-15, 2020.

AFONSO, Denise Herdy; SILVEIRA, Lia Márcia Cruz da. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da educação médica. **Revista HUPE**, v. 11, n. 1, p. 82 - 86, 2012.

AHMED, Hanad; ALLAF, Mohammed; ELGHAZALY, Hussein. **COVID-19 and medical education**. Cidade: The Lancet InfectiousDiseases, 2020.

ALCÂNTARA, Liliane de Abreu Rosa de *et al.* Mentoria: vantagens e desafios da educação on-line durante a pandemia da Covid-19. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, 2021.

ALMARZOOQ, Zaid I.; LOPES, Mathew; KOCHAR, Ajar. Virtual learning during the COVID-19 pandemic: a disruptive technology in graduate medical education. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 75, n. 20, p. 2635-2638, 2020.

ALVES, Nágila Silva *et al.* Telessaúde com Idosos em Tempos de Pandemia: Experiência de uma Residência Multiprofissional. **Revista de Casos e Consultoria**, v. 12, n. 1, p. e25627-e25627, 2021.

ANDRADE, Geovana Dombrowski *et al.* Residência multiprofissional em unidade de terapia intensiva: experiências exitosas em tempos de pandemia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. e7264-e7264, 2021.

BASTOS, Carla Alessandra Haber *et al.* Aplicação do Método de Avaliação 360º em Residentes Médicos de Ginecologia e Obstetrícia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 34, p. e1423-e1423, 2019.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sergio. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 1, p. 132-140, 2011

BRANCH JR, William T. *et al.* Teaching the human dimensions of care in clinical settings. **Jama**, v. 286, n. 9, p. 1067-1074, 2001.

BRANSFORD, John D. *et al.* **Howpeoplelearn**. Washington, DC: National academypress, 2000.

BRASIL. **Lei nº 6.932**, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências Brasília; 1981 Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6932.htm. Acesso em: 06 set.2020.

BRASIL, Vitor Jorge Woytuski; BATISTA, Nildo Alves. O ensino de geriatria e gerontologia na graduação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 3, p. 344-351, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução Comissão Nacional de Residência Médica** No 02/2006, de 17 de maio de 2006. Diário Oficial da União No 95, de 19/05/06, seção 1, páginas 23-36.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative research in psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BUSARI, Jamiu O. et al. Evaluating medical residents as managers of care: a critical appraisal of assessment methods. **Advances in medical education and practice**, 5: 27, 2014.

CABRERA, Luis Felipe; JASPE, Carlos Luna; CIRO, Mauricio Pedraza. Adaptación de la residencia de Cirugía General en Colombia a la pandemia del COVID-19: programa de enseñanza quirúrgica virtual. **Revista Colombiana de Cirugía**, v. 35, n. 2, p. 256-263, 2020.

CAETANO, Rosângela et al. Desafios e oportunidades para a tele-saúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

CARVALHO MALTA, Deborah et al. Use of health services and adherence to social distancing by adults with Noncommunicable Diseases during the COVID-19 pandemic, Brazil, 2020. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, 2021.

CHEN, Nanshan et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. **The Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 507-513, 2020.

COLLIER, Stephanie. A Geriatric Psychiatry Virtual Rotation During Covid-19. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 28, n. 8, p. 891, 2020.

COSTA, E. F. A. Afinal, quem vai cuidar de nós. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 4, n. 4, p. 177-8, 2010.

COSTA, Elisa Franco de Assis; PORTO, Celmo Celso; SOARES, Aline Thomaz. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. Cidade: Editora, 2003.

DA CUNHA AIRES, Mariana et al. Ser profissional de saúde residente frente à pandemia de COVID-19: relatos da vivência multiprofissional Being a resident health professional facing the COVID-19 pandemic: reports of the multidisciplinary experience. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 9, p. 88427-88443, 2021.

DE ALMEIDA, Rafael Fernandes; COELHO, Bruna Lasserré Nunes. Estratégias para sustentar o interesse em realizar residência médica em Medicina de Família e Comunidade durante tempos de pandemia de COVID-19 no contexto brasileiro. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 16, n. 43, p. 2817-2817, 2021.

DE LUCENA, Juliana Florentino; SENA, Jakeline Gonçalves Bonifácio. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e a pandemia COVID-19: um relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 12, n. 9, p. e4964-e4964, 2020.

DE MORAIS SANTANA, Geísa et al. Roda De Conversa Virtual Com Idosos Em Tempos De Pandemia: Experiência Da Residência Multiprofissional. **Revista de Casos e Consultoria**, v. 12, n. 1, p. e26231-e26231, 2021.

DE OLIVEIRA, Daniela Sousa; CAETANO, George Luiz Nérís. Residência multiprofissional em saúde mental do adulto: modos de reinventar as práticas no contexto da pandemia causada pela Covid-19. **Health Residencies Journal-HRJ**, v. 2, n. 11, p. 42-61, 2021.

DE OLIVEIRA, Gabriele et al. Impacto da pandemia da covid-19 na formação de residentes em saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 11, p. 90068-90083, 2020.

DE OLIVEIRA, Sandro Schreiber; POSTAL, Eduardo Arquimino; AFONSO, Denise Herdy. As Escolas Médicas e os desafios da formação médica diante da epidemia brasileira da COVID-19: das (in) certezas acadêmicas ao compromisso social. **APS EM REVISTA**, v. 2, n. 1, p. 56-60, 2020.

DE OLIVEIRA MAIA, Jéssica Karen et al. Residência Multiprofissional: contribuições durante a pandemia. **Cadernos ESP** - Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará, v. 14, n. 1, p. 128-132, 2020.

ELABD, Kossay. Enhancing Effectiveness of Residents' Virtual Medical Education During COVID-19 Pandemic. **Med.Ed.Publish**, v. 10, 2021.

EPSTEIN, Ronald M. Assessment in medical education. **New England Journal of Medicine**, 356, p. 387-396, 2007.,MN ???

??? de la pandemia COVID-19 en la residencia de Dermatología. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, v. 112, n. 6, p. 568, 2021.

FALCÃO, Mário Cícero; FONSECA, Camila Dal Piccolo Pracchia; DANTI, Gabriel Vecchi. Ensino na residência médica em tempos de covid-19. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 38, 2020.

FELIPE, Carolina Oliveira et al. Impactos do COVID-19 no ambulatório e residência médica em dermatologia. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos**, v. 16, n. 1, p. 42-45, 2021.

FEUERWERKER, Laura. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface-Comunicação, saúde, educação**, v. 2, p. 51-71, 1998.

GALERA, Siulmara Cristina; COSTA, Elisa Franco de Assis; GABRIELE, Rosina Ribeiro. Educação Médica em Geriatria: desafio brasileiro e mundial. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 11, n. 2, p. 88-94, 2017.

GIL, Antonio Carlos et al. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GODOY, A. S. Pesquisa Qualitativa: Tipos Fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, p. 20–29, 1995.

GUTIÉRREZ OCHOA, Juan Antonio et al. Impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en la residencia de Cirugía General en el Hospital General de México. **Cirujano general**, v. 42, n. 2, p. 165-169, 2020.

HUANG, Chaolin et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 497-506, 2020.

HUDDLE, Thomas S.; HEUDEBERT, Gustavo R. Taking apart the art: the risk of anatomizing clinical competence. **Academic Medicine**, v. 82, n. 6, p. 536-541, 2007.

JEONG, Lily et al. Virtual peer teaching during the COVID-19 pandemic. **Medical Science Educator**, v. 30, n. 4, p. 1361-1362, 2020.

HUGO, José; PESSOA, Lins; CONSTANTINO, Clóvis Francisco. O médico RESIDENTE COMO FORÇA DE TRABALHO. **Rev.Soc.Cardiol.**, Estado de São Paulo, v. 6, p. 821-5, 2002.

KAZEROONI, AmirAli Rastegar et al. Peer mentoring for medical students during COVID-19 pandemic via a social media platform. **Medical Education**, 2020.

KIKUCHI, ElinaLika. Especialidades Médicas-Geriatria. **Revista de Medicina**, v. 91, p. 33-35, 2012.

LANA-PEIXOTO, Marco Aurélio. Residência médica e o título de especialista em neurologia. **Arq.Neuropsiquiatr.**, v. 47, p. 503-505, 1989.

LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti et al. Assistência pública à saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens. **Saúde e Sociedade**, v. 11, p. 35-47, 2002.

??? LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. **Depoimentos e discursos**: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Líber Livro Editora, 2005b. ????. **Pesquisa de representação social**: um enfoque quali-quantitativo: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. Brasília: Líber Livro Editora, 2010.

??? LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. Princípios básicos e conceitos fundamentais do discurso do sujeito coletivo. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa, p. 15-35, 2003.

MACHADO, Carla Jorge et al. Estimativas de impacto da COVID-19 na mortalidade de idosos institucionalizados no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3437-3444, 2020.

MAIA, O. J. K. et al. Residência Multiprofissional: Contribuições durante a Pandemia. **Cadernos ESP-Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 14, n. 1, p. 128-132, 2020.

MCGRATH, Jillian L. et al. Using virtual reality simulation environments to assess competence for emergency medicine learners. **Academic Emergency Medicine**, v. 25, n. 2, p. 186-195, 2018.

MEGALE, Luiz. Competência clínica em pediatria: proposta de instrumento de avaliação discente no internato. Cidade: Editora, 2007.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: HUCITEC. 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DINIZ, Debora; GOMES, Romeu. **O artigo qualitativo em foco**. Cidade: Editora, 2016.

MINERVINO, Alfredo José et al. Desafios em saúde mental durante a pandemia: relato de experiência. **Revista Bioética**, v. 28, p. 647-654, 2021.

MOK, Garrick et al. Resident learning during a pandemic: Recommendations for training programs. **Canadian Journal of Emergency Medicine**, v. 22, n. 5, p. 617-621, 2020.

NÓBREGA, Elizabeth Diniz et al. Relato de experiência da residência em medicina de família e comunidade frente à pandemia covid-19. **Saúde Coletiva** (Barueri), v. 11, n. 71, p. 9268-9277, 2021.

NORCINI, John; BURCH, Vanessa. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. **Medical Teacher**, 2007, 29.9-10: 855-871.

NUNES, Maria do Patrocínio Tenório. Residência médica no Brasil: situação atual e perspectivas. **Cad. ABEM**, v. 1, p. 30-2, 2004.

NÚÑEZ-CORTÉS, Jesús Millán et al. COVID-19 y la educación médica, una mirada hacia el futuro. Foro Iberoamericano de Educación Médica (FIAEM). **Educación Médica**, v. 21, n. 4, p. 251-258, 2020.

OLIVEIRA, Denize Cristina de. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, p. 569-576, 2008.

OLIVEIRA, G. et al. Impacto da pandemia da covid-19 na formação de residentes em saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 11, p. 90068-90083, 2020.

ONU - Organização das Nações Unidas. World population ageing report [Internet]. 2017. Disponível em: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Report.pdf. Acesso em: 26 ago. 2021.

PROBER, Charles G.; KHAN, Salman. Medical education reimaged: a call to action. **Academic Medicine**, v. 88, n. 10, p. 1407-1410, 2013.

ROUSSEAU, Anne; SAUCIER, Danielle; CÔTÉ, Luc. Introduction to core competencies in residency: A description of an intensive, integrated, multispecialty teaching program. **Academic Medicine**, v. 82, n. 6, p. 563-568, 2007.

SANTACRUZ, D.M. Cerdán et al. Repercusión de la pandemia por COVID-19 en la formación de los residentes de neurología españoles. **Neurology Perspectives**, v. 1, n. 2, p. 124-130, 2021.

SEDHOM, Ramy; BARILE, David. Can webinar-based education improve geriatrics training in internal medicine residency programs? **American Journal of Medical Quality**, v. 31, n. 6, p. 606-606, 2016.

SILVEIRA, Andréa Maria; DIAS, Elizabeth Costa. A Formação do Médico do Trabalho. **Residência Médico em Foco**. Número? Volume? mês? 2004.

SIMON, Herbert A. Observations on the sciences of science learning. **Journal of Applied Developmental Psychology**, v. 21, n. 1, p. 115-121, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Residência médica em Geriatria – Diretrizes da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). **Geriatria e Gerontologia**, v. 5, n. 2, p 119-25, 2011.

SOEIRO, Rachel Esteves et al. Atenção Primária à Saúde e a pandemia de COVID-19: reflexão para a prática. **Inter American Journal of Medicine and Health**, v. 3, 2020.

SOUSA, Evandro Guimarães de; KOCH, Hilton Augusto; BARROS, Nestor de. O residente pode ser excluído de um programa de residência médica? **Radiologia Brasileira**, v. 34, n. 5, p. 0-0, 2001.

SOUSA, Julio Cesar Vieira De. **Implementação da avaliação 360º do residente no programa de residência médica em cardiologia e clínica médica do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL)**. 2015. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

SOUZA, Evandro Guimarães de. Pulmonary Medicine residency in Brazil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, n. 3, p. 253-259, 2004.

TAYLOR, David et al. Transformation to learning from a distance. **Med.Ed.Publish**, v. 9, 2020.

VERAS, Renato. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 705-715, 2003.

WHITCOMB, Michael E. Redirecting the assessment of clinical competence. **Academic Medicine**, v. 82, n. 6, p. 527-528, 2007.

ZHOU, Fei et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **Lancet**, v. 395, p. 1054-62, 2020.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar de um estudo denominado “Percepção dos Residentes de Geriatria sobre a Residência Médica durante a pandemia de Covid-19”, tendo como objetivo geral, conhecer a percepção dos residentes de Geriatria do estado do Paraná em relação a forma como tem ocorrido o seu processo de aprendizagem na residência durante o período de pandemia de COVID-19 no Brasil. O presente estudo se justifica na medida em que a investigação sobre como os residentes compreendem a sua formação nesse período de pandemia e sobre quais as potencialidades e dificuldades enxergam para a sua aprendizagem ainda não foi devidamente explorada pela literatura e se torna relevante para ajudar na compreensão das transformações no âmbito educacional.

Se concordar em participar da pesquisa, será realizada uma entrevista semiestruturada por videochamada utilizando o aplicativo de videoconferência denominado zoom com duração de aproximadamente 20 minutos. A entrevista será gravada e após a transcrição do conteúdo das videochamadas a mesma será armazenada em um local restrito aos pesquisadores com senha pelo período de 5 anos.

Os pesquisadores assumem o compromisso de cumprir e zelar pelos princípios da ética em pesquisa, diante dos possíveis riscos, dentre os quais quebra do sigilo e anonimato. A fim de minimizá-los serão adotadas as seguintes ações: em respeito ao anonimato dos partícipes, não serão divulgados dados pessoais dos participantes que torne possível sua identificação e os dados coletados irão receber codinomes durante sua análise e posterior publicação, e com atenção a preservação do sigilo, os dados serão coletados em entrevista on-line privativa. Após a transcrição do conteúdo das videochamadas as mesmas serão armazenadas em um local restrito aos pesquisadores com senha pelo período de 5 anos. Em relação aos benefícios que serão gerados pela pesquisa será possível determinar pontos positivos alcançados com as mudanças na forma de aprendizagem que poderão seguir sendo utilizados e também pontos negativos a serem sugeridos para uma possível correção futura.

É assegurado que em qualquer etapa do estudo, o participante poderá ter acesso aos responsáveis pela pesquisa para esclarecimento ou eventuais dúvidas. A investigadora é Paloma Matiazzo Peña Lupiañes, orientado pelo pesquisador Dr Rogério Saad Vaz, podem ser contatados pelo telefone (41)998701228 ou e-mail paloma_lupianes@hotmail.com. As informações obtidas serão analisadas, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Haverá assistência integral, gratuita e imediata por parte dos pesquisadores.

Além disso, se necessário, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Pequeno Príncipe (CEP/FPP) através do telefone 3310-1504 ou e-mail comite-etica@fpp.edu.br. O CEP/FPP está localizado na Av. Iguazu, 333 - Bloco 3. Trata-se de uma comissão constituída por membros de várias áreas do conhecimento e um representante dos usuários, que tem por finalidade a avaliação da pesquisa com seres humanos em nossa Instituição, em conformidade com a legislação brasileira regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como lhe será garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e

suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifeste seu consentimento em participar. Não haverá nenhum valor econômico a receber ou a pagar por sua participação.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdades Pequeno Príncipe – CEP/FPP sob o parecer n°: (colocar o número da aprovação pelo CEP), cujo contato poderá ser realizado pelo telefone 3310-1512.

() Li todos os termos acima e aceito participar da pesquisa. Além disso, estou recebendo uma via deste termo assinado pelo pesquisador.

() Não aceito participar.

.....
Assinatura do participante da pesquisa

.....
Assinatura da pesquisadora