

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENSINO NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

MICHELLE SIMÃO

**A PERCEPÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA FRENTE AO
ATENDIMENTO AO PACIENTE CRÍTICO**

CURITIBA

2020

MICHELLE SIMÃO

**A PERCEPÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA FRENTE AO
ATENDIMENTO AO PACIENTE CRITICO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
conclusão da Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado
em Ensino nas Ciências da Saúde, Faculdades Pequeno
Príncipe - FPP.

Professor Orientador: Roberto Zonato Esteves

CURITIBA

2020

TERMO DE APROVAÇÃO

MICHELLE SIMÃO

“A PERCEPÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA FRENTE AO ATENDIMENTO A PACIENTES CRÍTICOS”

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

Orientador (a):



Prof. Dr. Roberto Zonato Esteves

Doutor em Medicina (Endocrinologia Clínica). Professor Orientador do Programa de Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.



Prof.ª Dr.ª Elaine Rossi Ribeiro

Doutora em Clínica Cirúrgica. Professora e Orientadora do Programa de Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.



Prof.ª Dr.ª Luana Alves Tannous

Doutorada em Ciências da Saúde. Diretora Clínica de UTI do Hospital Universitário Cajuru.

Curitiba, 06 de março de 2020.



DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus pais, que estiveram presentes em todos os momentos dessa caminhada, e a minha pequena Alicia, minha obra de arte.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Beti e Adilson, pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha vida. Vocês são simplesmente incríveis.

Agradeço à pequena Alicia, que com sua inocência típica da infância esteve ao meu lado em todos os momentos, apoiando sem mesmo saber, com toda a suavidade possível.

Aos meus alunos queridos, que despertaram em mim o amor pela docência.

Ao meu orientador, Prof Roberto, pelos ensinamentos ao longo desse caminho.

A minha querida amiga Elaine, pelos conselhos maravilhosos.

Aos amigos queridos dessa vida, tão especiais e tão presentes em meu coração.

**“Se tivesse acreditado na minha brincadeira de dizer verdades teria ouvido verdades que teimo em dizer brincando, falei muitas vezes como um palhaço, mas jamais duvidei da sinceridade da plateia que sorria.”
(Charles Chaplin)**

RESUMO

A formação do médico deve capacitá-lo a atuar nos diversos níveis de atenção à saúde. No ciclo final da graduação do curso de Medicina, ocorre o período do internato, composto por estágios em diferentes áreas de atuação, entre elas a Medicina Intensiva, onde os estudantes têm a oportunidade de contato com diversos procedimentos, inúmeros diagnósticos de doenças graves, possibilitando relacionar a teoria dos primeiros anos de graduação com a prática e resposta imediata. O intuito desse estágio é tornar os estudantes aptos ao reconhecimento e atendimento a pacientes graves. O objetivo do estudo foi apreender a percepção do estudante de Medicina sobre a sua formação para o atendimento a pacientes graves, além de captar se estes se sentem aptos para esse atendimento. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, por meio de entrevistas com estudantes do 11º período de Medicina, após o estágio na Medicina Intensiva em numa Instituição de Ensino Superior. A partir do objetivo e construção do instrumento da pesquisa apresentaram-se três categorias pré-definidas: A percepção do aprendizado no estágio da UTI frente ao reconhecimento e atendimento a um paciente crítico; Confiança no reconhecimento ao paciente crítico, Segurança no atendimento ao paciente crítico. As falas dos estudantes mostraram concordância com dados na literatura sobre a importância do estágio na UTI, mostrando que uma especialidade peculiar ainda sim é fonte de aprendizado prático de diversas situações que serão encontradas no dia a dia do futuro médico. Os estudantes descreveram como foram acolhidos, como conseguiram associar a teoria e a prática, a importância de um atendimento humanizado e acolhedor a familiares e pacientes, necessidade de um vasto conhecimento de doenças e fisiologia para tomada de decisões imediatas a beira do leito, além da necessidade de observação constante dos pacientes. Através dessas categorias foi possível a identificação da importância do estágio para o aprendizado em reconhecer e atender pacientes graves, possibilitando também o incremento na confiança e segurança do aluno no atendimento a pacientes críticos.

Palavras-chave: Terapia intensiva, Estudantes de medicina, Assistência ao paciente, Internato e residência.

ABSTRACT

Training of doctors should enable them to work at different levels of health care. In the last phase of the medical course, there is the clerkship, consisting of rotations in different areas of activity, among them Critical Care, where students have the opportunity to make various procedures, countless diagnoses of serious illnesses making possible to relate the theory of the first years of graduation with practice and immediate response. The aim of that rotation is to make students able to recognize and care for critically ill patients. The objective of the study was to apprehend the perception of the medical student about their training to care for critically ill patients, besides capturing whether they feel fit for this care. It is an exploratory research, with a qualitative approach, through interviews with medical students, after the clerkship in Critical Care from a Brazilian Higher Education Institution. From the research instrument, three pre-defined categories were presented: The perception of learning in the ICU stage in the face of recognition and care for a critical patient; Trust in the recognition of critical patients and Safety in the care for a critical patient. The students' speeches showed agreement with data in the literature about the importance of the internship in the ICU, showing that a peculiar specialty is still a source of practical learning in several situations that will be encountered in the day-to-day of the future doctor. The students described how they were welcomed, how they managed to associate theory and practice, the importance of a humanized and welcoming service to family members and patients, the need for a wide knowledge of diseases and physiology for immediate decision-making at the bedside, in addition to need for constant observation of patients. Through these categories it was possible to identify the importance of the internship for learning to recognize and care for critically ill patients, also enabling the increase in the confidence and safety of the student in the care of critically ill patients.

Key-words: Critical Care, medical students, patient care, internship and residency

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1 – Categorias e subcategorias.....	30
Quadro 1 – Categorias, subcategorias e unidades de resposta.....	31
Quadro 2 – Categoria Percepção do aprendizado no estágio da UTI.....	32
Quadro 3 – Categoria Confiança no reconhecimento ao paciente crítico.....	39
Quadro 4 – Categoria Segurança no atendimento ao paciente crítico.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica
ACLS – Advanced Cardiologic Life Support
AMB – Associação Médica Brasileira
AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira
ATLC – Advanced Trauma Life Support
CFM – Conselho Federal de Medicina
CINAEM - Comissão Nacional de Avaliação das Escolas Médicas
CNE – Conselho Nacional de Educação
CREMESP – Conselho Regional de Medicina de São Paulo
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DVA – Droga Vasoativa
DVE – Derivação Ventricular Externa
HMC – Habilidades Médicas e de Comunicação
IEC – Integração Ensino e Comunidade
IES – Instituição de Ensino Superior
IPASE – Instituto de Pensão e Aposentadoria dos Servidores do Estado
MEC – Ministério da Educação e Cultura
PAI – Pressão Arterial Invasiva
PBL – Problem Based learning
SBTI – Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva
SCCM – Society of Critical Care Medicine
UC – Unidade Curricular
USP – Universidade de São Paulo
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVO	10
3. REFERENCIAL TEÓRICO	11
3.1 O RELATÓRIO DE FLEXNER E A EDUCAÇÃO MÉDICA NO SÉCULO XX	11
3.2 A EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL	12
3.2.1.A Educação Médica no Século XIX e Início do Século XX.	12
3.2.2.A Educação Médica na Atualidade e as Diretrizes Curriculares Nacionais.	15
3.3 A HISTÓRIA DA MEDICINA INTENSIVA	18
3.4 MEDICINA INTENSIVA NO BRASIL	21
3.5 A EDUCAÇÃO NA MEDICINA INTENSIVA	23
3.6 METODOLOGIAS ATIVAS E A APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS	24
4. METODOLOGIA	27
4.1 LOCAL DE PESQUISA	27
4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA	27
4.3 COLETA DAS INFORMAÇÕES	28
4.4 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	28
4.5 ASPECTOS ÉTICOS E BENEFÍCIOS	29
5. ANÁLISE DOS RESULTADOS	30
5.1 CATEGORIA 1: A PERCEPÇÃO DO APRENDIZADO NO ESTÁGIO DA UTI FRENTE AO RECONHECIMENTO E ATENDIMENTO A UM PACIENTE DOENTE	31
5.2 CATEGORIA 2: CONFIANÇA E SEGURANÇA NO RECONHECIMENTO AO PACIENTE CRÍTICO	38
5.3 CATEGORIA 3: SEGURANÇA NO ATENDIMENTO AO PACIENTE CRÍTICO	41
6.CONCLUSÕES	44
REFERÊNCIAS	45
7.ANEXO	50
8.APENDICE	53
8.1 APENDICE I	53
8.2 APENDICE 2	55

1. INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva surgiram na primeira metade do século XX, com o intuito de prestar um cuidado uniforme a doentes graves ou para atendimento de situações que requeriam cuidados específicos, como os pulmões de aço na década de 1950 e ventilação mecânica durante a epidemia de poliomielite. (ORLANDO, 2008)

Após os anos de 1960, com o surgimento dos locais fechados, com pacientes graves portadores de diversos diagnósticos, porém com características em comum, surgiu a necessidade de uma equipe especializada em cuidados a esses pacientes (ALMEIDA et al., 2007). Assim, médicos provenientes de diferentes áreas, em especial da Anestesiologia, iniciaram estudos acerca de prestar melhor atendimento a esses doentes, uniformizando suas condutas. Surgia assim, nos meados do século XX, uma nova especialidade, a Medicina Intensiva. (ORLANDO, 2008)

Apesar das Unidades de Terapia Intensiva serem setores fechados, com pacientes portadores das mais diversas situações clínicas, a sua maioria tem o início de seus quadros fora desse ambiente, seja em enfermarias ou salas de emergência. Frente a essa situação, a formação médica necessita fornecer competências para o reconhecimento desses quadros. O médico, independentemente de sua especialidade, precisa estar apto para reconhecer um quadro grave e tomar as primeiras condutas, além de ser capaz de transferir os cuidados para o setor apropriado de maneira clara e eficaz.

Atualmente, com o grande número de médicos sendo formados e com a necessidade contínua de equipe para compor escalas de Unidades de Pronto Atendimento em todo o país, não é exigida uma capacitação específica, e nem existe uma figura de preceptor, ficando o médico desses locais expostos a todo tipo de situações clínicas, tendo que contar com o conhecimento adquirido na graduação para conduzir quadros de pacientes críticos. Casos semelhantes também ocorrem em escalas de unidades de terapia intensiva, já que nem todas colocam como prerrogativa a especialidade ou alguma experiência na área.

Não é incomum médicos com menos de um mês após a obtenção do diploma e do registro no Conselho Regional de Medicina, tendo ou não iniciado uma especialização, assumirem escalas de plantão em setores de primeiro atendimento, de emergência, pronto socorro, onde se deparam com casos graves e o seu reconhecimento juntamente com uma conduta assertiva terá impacto na evolução deste quadro.

Outra situação bastante comum tratando-se de atendimento a pacientes críticos ocorre dentro dos hospitais, onde os médicos de diversas especialidades, residentes ou preceptores são chamados para prestar assistência a um paciente com deterioração de seu quadro clínico nas enfermarias e ambulatórios. (MORAES; ARAÚJO; CASTRO, 2004)

É nessas situações que se vê a importância da existência de estágios nas Unidades de Terapia Intensiva e setores de emergência durante a graduação, principalmente no período do internato. Tais estágios não têm a pretensão de formar especialistas na área, mas garantir uma formação global, ter como egresso um médico capaz de atuar em todos os setores de saúde, nesses casos, os setores de emergência e unidades de terapia intensiva.

Durante todo o século XX, o ensino médico brasileiro seguiu as características predominantes no ensino mundial, guiado pelo relatório Flexner, com tendência a centralização na doença, ensino fragmentado e voltado para dentro dos hospitais, busca pelas especializações a despeito da formação generalista. (FREITAS; RIBEIRO; BARATA, 2018)

A partir da década de 1990, várias ações foram sendo tomadas pela Associação Médica Brasileira, Associação Brasileira de Educação Médica e Conselho Federal de Medicina a fim de voltar a educação médica para uma formação generalista, atendendo às necessidades da sociedade. Finalmente, em 2001, foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que seriam guias, para composição de escolas médicas. Mesmo assim permanecia uma lacuna em relação ao envolvimento humanista, e para ajustá-la foi lançada, em 2014 uma nova versão das DCNs, levando a educação médica brasileira a moldar-se às necessidades da sociedade, formando um profissional ético, reflexivo e humanista, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde. (MEIRELES; FERNANDES; SILVA, 2019)

O compromisso das escolas médicas envolve garantir formação e conhecimentos adequados para esses profissionais, que por questões pessoais, assumirão escalas de plantão nos setores citados acima, e lá terão a responsabilidade pela evolução do quadro, com suas condutas repercutindo muitos dias depois do reconhecimento da situação clínica.

Considerando o desafio imposto a todos os médicos de, em maior ou menor grau, assistir pacientes críticos, como o estudante de Medicina percebe a sua formação para o atendimento de pacientes críticos?

2. OBJETIVO

Apreender a percepção do estudante de Medicina sobre a formação para o atendimento a pacientes críticos, que precisam de suporte intensivo, após o rodízio na Medicina Intensiva.

Compreender se o estudante do internato, prestes a se formar, sente-se apto para atender pacientes que apresentam deterioração aguda do seu estado de saúde, seja internado em unidades de terapia intensiva, em unidades de internação ou pronto atendimento.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O RELATÓRIO DE FLEXNER E A EDUCAÇÃO MÉDICA NO SÉCULO XX

Nos Estados Unidos, até o início do século XX, as escolas médicas tinham uma situação peculiar. Podiam ser abertas de maneira indiscriminada, com diversas abordagens de ensino sem nenhuma regra, não tinham critérios de admissão e nem tempo de duração padronizado. Essas escolas nem sempre eram vinculadas a instituições universitárias e não contavam com equipamentos adequados. Não havia necessidade de concessão estatal para o exercício da Medicina. (PAGLIOSA; DA ROS, 2008)

Em 1910, Abraham Flexner, após um convite do presidente da *Carnegie Foundation*, Henry S. Pritchett, para realizar um estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos e Canadá e tendo visitado 155 escolas de Medicina durante seis meses publicou seu relatório, o Relatório Flexner, ou *Flexner Report*. (ALMEIDA FILHO, 2010)

Esse relatório é considerado o responsável pela mais importante reforma das escolas médicas nos Estados Unidos, ainda com reflexos na educação médica atual. (PAGLIOSA; DA ROS, 2008)

Em seu relatório, Flexner propôs uma reconstrução do modelo do ensino médico, onde as escolas deveriam ser vinculadas a universidades e os programas educacionais deveriam ter uma base científica. Defendeu o currículo de quatro anos, dividido em ciclo básico de dois anos, realizado em laboratórios e o ciclo clínico, também de dois anos, realizado nos hospitais. Além dessa, haviam outras recomendações como o controle de admissão, exigência de laboratórios e instalações adequadas. (ALMEIDA FILHO, 2010)

A Medicina deveria ser centrada na doença e o processo de adoecer ganhou maior importância; os hospitais tornaram-se os centros onde deveria ocorrer a transmissão de conhecimentos. A pessoa que adoece foi colocada em segundo plano, não tendo importância o social, coletivo a comunidade no processo saúde-doença.

Assim, com o passar do século XX, a Medicina viu-se fragmentada em especialidades, voltada para a doença, ignorando o indivíduo, formando médicos com a visão reducionista.

3.2 A EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

3.2.1. A Educação Médica no Século XIX e Início do Século XX.

A vinda da família real ao Brasil, em 1808, foi um marco na Medicina brasileira, assim como na educação médica, dando início à medicina pré-científica, com a criação das duas primeiras escolas médicas, a de Cirurgia e Anatomia da Bahia (hoje Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia) e a de Anatomia e Cirurgia do Rio de Janeiro (hoje Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro). Nesse momento o ensino superior seguia o sistema português de universidade escolástica, com a fé cristã em evidência. (LAMPERT, 2008)

Apesar da abertura dessas duas escolas, não houveram avanços práticos na educação médica, já que se formavam cirurgiões barbeiros, portadores de um escasso conhecimento teórico. (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018)

Em 1822, com o rompimento do Brasil com Portugal, desapareceram os físicos e cirurgiões com formação ibérica e surgiram doutores das escolas nacionais influenciadas pela escola francesa. (LAMPERT, 2008)

A escola francesa surgiu após a Revolução Francesa, ou seja, mais de um século antes do relatório Flexner, iniciando uma Medicina empírica e sensualista (isto é, voltada para os sentidos), onde os conhecimentos e as faculdades do espírito decorrem da sensação relatada pelo paciente. A Medicina empírica é baseada na observação direta dos sintomas dos pacientes e a observação da lesão patológica nos cadáveres, ou educação anatomoclínica. Os ensinamentos nesses casos passaram a ser em hospitais, os quais eram a principal fonte de conhecimentos em diagnósticos e terapêuticas. (EDLER; FONSECA, 2006a)

No ano de 1829, é criada a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que em 1835 passou a se chamar Academia Imperial de Medicina e em 1885, Academia Nacional de Medicina. A academia funcionou de 1829 a 1889, e defendia o modelo anatomoclínico francês (EDLER; FONSECA, 2006a).

De acordo com Edler (2006b), no período do Império, no estado do Rio de Janeiro, tem-se notícia de um movimento para denunciar a precariedade do ensino médico no país, sendo esse ensino muito teórico, que sofria com a falta de investimento financeiro. Surgiram, também, críticas ao modelo educacional francês, que era centralizador e separava a atividade de pesquisa da formação clínica.

Em 1866, a Medicina pré-científica foi substituída pela Medicina científica, com produção própria de estudos e pesquisas. Surgem os institutos de pesquisa Manguinhos, Bacteriológico e Butantã, assim como se sobressaem pesquisadores como Oswaldo Cruz, Adolfo Lutz, Carlos Chagas, Pirajá da Silva, Vidal Brasil, com contribuições para a saúde pública nacional. Iniciam-se saneamento básico das cidades, ensino especializado, assistência hospitalar, indústria farmacêutica de alto padrão e a prática médico cirúrgica. (LAMPERT, 2008)

Após a Proclamação da República, em 1889 e a Constituição, em 1892, as províncias ganharam autonomia, refletindo também no ensino superior, com criação de faculdades com modelos de ensino diferentes entre si. (EDLER; FONSECA, 2006e)

Já no início do século XX, a educação médica em São Paulo despontava com a sua organização curricular, sendo dividido em aulas teóricas e práticas de laboratório, proporcionando uma formação clínica e científica concomitantes. Em 1919, o *International Health Board da Rockefeller Foundation* concedeu bolsas de estudo para Horácio de Paula e Francisco Vieira, docentes da cátedra de higiene da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, para um estágio na Escola de Saúde Pública da *Jonhs Hopkins University*. Entre em anos de 1922 e 1925 esses dois professores tentaram implantar uma reforma curricular e institucional, nos moldes da Johns Hopkins, com divisão em disciplinas, departamentos e institutos, porém sem sucesso. (ALMEIDA FILHO, 2010)

Apesar da reforma de Flexner estar ocorrendo nos Estados Unidos, nas primeiras décadas do século XX as faculdades de medicina brasileiras ofereciam modelos retrógrados de formação, balizando entre a escola francesa e seu foco na clínica, e a escola alemã, com foco na pesquisa laboratorial. (ALMEIDA FILHO, 2010). Foi a partir de 1926 que o modelo flexneriano se afirmou em definitivo no Brasil, levando a redução da influência europeia no ensino médico. (EDLER; FONSECA, 2006a).

A partir desse momento concretizou-se a educação voltada para a doença, centrada no hospital, com pouco olhar sobre o indivíduo doente ou sobre a comunidade onde está inserido.

A expansão do conhecimento médico, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, acabou por aumentar as buscas por especializações, comprometendo a formação generalista. Tanto na Europa, quanto nos Estados Unidos, o médico especialista ganhou destaque, sendo mais bem remunerado que o generalista, obtendo maior prestígio frente a sociedade, e por vezes exercendo influência sobre as ofertas profissionais. As residências médicas passaram a ser o estágio ideal para a formação do especialista. (FERREIRA, 2006)

O aumento do número de especializações levou a uma diminuição na procura pelo médico generalista pela população, além da redução da procura como formação por parte dos estudantes de Medicina. Houve a fragmentação do processo assistencial, perda da relação médico-paciente, mercantilismo, falta de visão do binômio paciente-comunidade. (EDLER; FONSECA, 2006e)

Entre as décadas de 1960 e 1970 houve um crescimento do número das escolas de Medicina, passando de 26 para 73 escolas, com a formação de aproximadamente 3000 novos médicos, com maior concentração na região sudeste, com busca por especializações e subespecializações, mantendo-se próximo de hospitais, e distanciando-se da formação generalista e sem promover melhora na qualidade do ensino. (EDLER; FONSECA, 2006f)

O movimento nacional de questionamento sobre a formação médica vem da década de 1960, ganhando força com a criação da Associação Brasileira da Educação Médica (ABEM), a qual visava uma graduação que formasse médicos mais generalistas e com menor ênfase nas especialidades. (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018)

A tendência de estímulo para a formação de médicos generalistas seguia uma discussão internacional, com uma sequência de eventos e ações. A primeira foi em 1978, com a Declaração de Alma-Ata sobre cuidados primários da saúde, sob o slogan “Saúde para todos no Ano 2000”, que levava à promoção do acesso a saúde de forma igualitária para todos os cidadãos de países desenvolvidos ou em desenvolvimento. (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018)

A partir dessa data, outros eventos internacionais sinalizavam com políticas para ações que garantissem mudanças na formação dos profissionais da saúde, com vistas aos desafios postos para oferecer assistência de qualidade, como a Carta de Ottawa em 1986, Conferência de Adelaide em 1988, Conferência de Sundsvall, em 1991, Conferência de Jacarta em 1997, Declaração de Bogotá, em 1992, Conferências de Edimburgo, em 1988, 1993 e 2000. (LAMPERT, 2008)

Em 1991 foi implantada a Comissão Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), para avaliar o Ensino Médico Brasileiro, com foco na qualidade ao atendimento das necessidades médico-sociais da população. Através da CINAEM foi possível identificar as deficiências dos cursos de Medicina, como um corpo docente despreparado para o ensino, a falta de integração das escolas com os problemas de saúde locais, o desconhecimento do SUS pelos docentes e discentes, preferências pela especialização e subespecialização, ineficiência da gestão das escolas médicas, estrutura curricular inadequada à realidade da população, ênfase na

hospitalização do ensino, formação humana falha, ensino centralizado no professor. (SIQUEIRA, 2006), (LAMPERT, 2008)

A partir desse resultado, o projeto CINAEM propôs um conjunto de saberes necessários para a execução de um trabalho médico que harmonizasse o contato do estudante com os pacientes, a compreensão da pessoa e suas necessidades, um novo enfoque na semiologia clássica e uma intervenção que usasse como elementos práticos conteúdos éticos, humanísticos e epidemiológicos. (FERLA, 2000)

A partir dos anos 2000, os Ministérios da Saúde e Educação formularam políticas destinadas a promover mudanças na formação dos profissionais de saúde. (FERREIRA, 2006)

Entre essas mudanças estão as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos da Área de Saúde, instituídas em novembro de 2001, as quais afirmavam que o profissional médico deveria ter uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com princípios éticos para promover a saúde integral do ser humano. (LAMPERT, 2008)

3.2.2. A Educação Médica na Atualidade e as Diretrizes Curriculares Nacionais.

Ao longo de todo o século XX, o ensino médico brasileiro sofreu influência de toda sorte política e se manteve preso ao conceito flexneriano, fragmentado, centralizado na doença, com tendência a formação de especialistas e com o centro do ensino no hospital. (FREITAS; RIBEIRO; BARATA, 2018)

A Medicina evoluiu gerando custos elevados para o governo, com pouca abordagem generalista, onde poderia ser resolvido grande parte dos problemas de saúde.

Entre o final dos anos de 1980 e início dos anos de 1990, instalou-se a crise no ensino médico. Em 1989, a Associação Médica Brasileira propôs uma reformulação dos currículos dos cursos médicos, que reduzisse a fragmentação em disciplinas, promovesse a articulação dos ciclos básicos e profissional e facilitasse a integração das disciplinas e diversificasse os cenários de práticas de ensino. A partir daí, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e outras entidades constituíram a CINAEM, com o objetivo de “avaliar o Ensino Médico brasileiro, visando sua qualidade para anteder às necessidades médico-sociais da população” contando com várias etapas, onde foi possível levantar as várias deficiências nos cursos de Medicina. (Arcoverde, 2004)

A CINAEM colocou a importância do corpo docente das escolas médicas como “um dos elementos centrais do êxito das reformulações necessárias à educação médica” (SIQUEIRA, 2006).

No relatório final da CIANEM havia a proposição de que para a execução do trabalho médico, seria necessário um conjunto de saberes na formação médica que harmonizassem o contato do estudante com o paciente, a compreensão da pessoa e suas necessidades, um novo enfoque da semiologia clássica, com incorporação de novas tecnologias como recursos complementares, e intervenção, utilizando conteúdos éticos, humanos e epidemiológicos. (ARBEX, 2013)

Com a necessidade de voltar uma formação médica para o generalista, com visão holística e capacitação ética, técnica e científica, inserido na sociedade atendendo demandas de saúde da coletividade, o Conselho Nacional de Educação (CNE) aprovou as Diretrizes Curriculares para o Curso de Medicina, em 2001, sendo um marco na regulamentação do ensino médico no Brasil. (FREITAS; RIBEIRO; BARATA, 2018).

As DCNs serviriam como guias para a composição das escolas médicas, com as habilidades específicas para a graduação em Medicina, mas ainda tinham como falha uma formação médica com pouco envolvimento com a visão humanística e a história dos pacientes sob sua responsabilidade. (MEIRELES; FERNANDES; SILVA, 2019)

Em 2014, o Ministério da Educação lançou as Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, na tentativa de corrigir a falha citada, contendo parâmetros para organização, desenvolvimento e avaliação dos cursos de Medicina em todo o país. Os aspectos socioculturais, humanísticos e biológicos do ser são considerados de forma interdisciplinar e multiprofissional ao longo dos anos do curso. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014), (MEIRELES; FERNANDES; SILVA, 2019)

De acordo com as DCNs de 2014, no Capítulo I, artigo 3º:

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com a capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014)

Nas seções e parágrafos citados a seguir têm-se definições das DCNs que se complementam com a vivência na Unidade de Terapia Intensiva.

Na Seção 1 referente à Atenção à Saúde, Artigo 5º:

IV - Segurança na realização de processos e procedimentos, referenciados nos mais altos padrões da prática médica, de modo a evitar riscos, efeitos adversos e danos aos usuários, a si mesmo e aos profissionais do sistema de saúde, com base em reconhecimento clínico-epidemiológico, nos riscos e vulnerabilidades das pessoas e grupos sociais.

VI - Ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico;

VII - Comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado;

IX - Cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014)

Na Seção II, a respeito da Gestão em Saúde, art. 6º:

I - Gestão do Cuidado, com o uso de saberes e dispositivos de todas as densidades tecnológicas, de modo a promover a organização dos sistemas integrados de saúde para a formulação e desenvolvimento de Planos Terapêuticos individuais e coletivos;

II - Valorização da Vida, com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e danos, visando à melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade, por um profissional médico generalista, propositivo e resolutivo;

V - Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade,

VI - Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes, estimulando e ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014)

Na seção III, da Educação em Saúde,

Art. 7º: Na Educação em Saúde, o graduando deverá corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, autonomia intelectual, responsabilidade social, ao tempo em que se compromete com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde, e o estímulo à mobilidade acadêmica e profissional, objetivando:

I - Aprender a aprender, como parte do processo de ensino-aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas, construindo sentidos para a identidade profissional e avaliando, criticamente, as informações obtidas, preservando a privacidade das fontes. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014)

A implementação das diretrizes, o relatório final do CINAEM, as mudanças curriculares nos Estados Unidos, Canadá e Europa, motivaram a modernização do currículo brasileiro.

Além disto, a formação centrada nos princípios do SUS e voltada às suas necessidades, levou as instituições formadoras a mudar a forma de ensino, mais voltado para os problemas reais e o aprendizado baseado em métodos ativos de ensino-aprendizado. (MITRE et al., 2008)

A educação médica brasileira molda-se às necessidades socialmente elaboradas, culminando com o desejo de um profissional ético, reflexivo e humanista. (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018)

3.3 A HISTÓRIA DA MEDICINA INTENSIVA

Ao pesquisar a origem da Medicina Intensiva, chega-se a origem dos cuidados intensivos e com ela ao nome de Florence Nightingale, que durante a Guerra da Crimeia, no ano de 1854, juntamente com outras 38 enfermeiras, agruparam os soldados ingleses mais graves em leitos mais próximos ao posto de enfermagem, o que levou a uma redução da mortalidade. (ORLANDO, 2008)

Aproximadamente 70 anos depois, em 1923, em busca de um melhor cuidado aos seus pacientes no pós-operatório de neurocirurgia, Dr. Walter Dandy abriu uma unidade especial de três leitos no Hospital John Hopkins, em Baltimore, nos Estados Unidos. Contava com auxílio de enfermagem para a monitorização e manejo desses pacientes. (RISTAGNO; WEIL, 2009).

Pouco tempo depois, em 1930, na Alemanha, Dr. Martin Kirschner desenhou uma enfermaria de recuperação pós-operatória e cuidados a pacientes graves na Universidade de Tubingem. (VINCENT, 2013)

Durante a Segunda Guerra Mundial, unidades especializadas em choque foram criadas para prover a ressuscitação eficiente ao grande número de soldados gravemente feridos. (VINCENT, 2013)

De acordo com a narrativa de Orlando (2008), em novembro de 1942, um incêndio em uma casa noturna em Boston levou a morte 491 pessoas. Os sobreviventes foram levados para o *Massachussets General Hospital*, o qual possuía um plano de emergência que fora criado no espírito da Segunda Guerra. Foi possível isolar uma ala e transformá-la numa unidade de cuidados especiais, agrupando equipes médica e de enfermagem em times para prestar cuidado em tempo integral a essas vítimas. Também foram alocados para essa ala equipamentos para auxiliar no suporte terapêutico.

Por volta dos anos de 1947 e 1948, o mundo deparou-se com a epidemia da poliomielite, levando a morte muitos pacientes em decorrência da paralisia respiratória. Os pulmões de aço eram largamente utilizados. Em Copenhagem, na Dinamarca no ano de 1952, o Dr. Bjorn Ibsen deu início às unidades respiratórias, com a ventilação manual por ambu, através de uma traqueostomia. (PASCHOAL; VILLALBA; PEREIRA, 2007). A notícia foi de redução da mortalidade dessa poliomielite do tipo bulbar para quarenta por cento, sendo que anteriormente estava em oitenta e sete por cento. (ALMEIDA et al., 2007)

Com a introdução da vacina para poliomielite, imaginava-se que esses leitos respiratórios ficariam obsoletos, porém o dia a dia mostrou que todos estavam enganados, e a estrutura e conhecimento advindos da epidemia de poliomielite logo serviram para cuidados de vítimas de afogamento, politraumatizados ou pós-parada cardiorrespiratória. (ORLANDO, 2008)

No decorrer dos anos de 1950 houve uma série de eventos que deram início aos primórdios das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) modernas, mais precisamente no ano de 1958, tem-se relato de unidades fechadas de cuidados a pacientes graves em dois locais dos Estados Unidos, uma em Los Angeles e outra em Baltimore. (RISTAGNO; WEIL, 2009).

Na Universidade de Los Angeles, Califórnia, os cardiologistas Max Harry Weil e Hebert Shubin questionavam a causa de morte de pacientes após o infarto agudo do miocárdio. A ausência de monitorização em tempo real e alarmes dificultavam a ajuda profissional em tempo hábil para alguma conduta salvadora. Assim, Dr. Weil e Dr. Shubin, em uma unidade de quatro leitos, a Shock Ward (enfermaria de choque), implementaram a monitorização contínua de eletrocardiograma, pressão arterial, pulso, frequência respiratória. Também implementaram a mensuração da pressão arterial invasiva, pressão venosa central, débito urinário, temperatura central e periférica, além da leitura de gasometria arterial. Com esses dados era possível atuar

em tempo hábil para mudar a evolução do quadro. Também foi advindo de Weil e Shubin o acrônimo “VIP”, onde ventilação, infusão de volumes e drogas e bomba (*pump*) eram as prioridades a beira leito. (RISTAGNO; WEIL, 2009)

Segundo Orlando (2008), no mesmo ano, tem-se a primeira Unidade de Terapia Intensiva com corpo médico presente em período integral, no *Baltimore City Hospital*, sob o comando de Peter Safar. Também por Peter Safar foi criado o termo *Intensive Care Unit*, uma unidade instalada anexa à sala de recuperação anestésica.

Peter Safar pode ser considerado um visionário no que diz respeito a cuidados intensivos e de emergência. É considerado o pai da reanimação cardiopulmonar. É dele a implantação do mnemônico “ABC” da ressuscitação na emergência, onde se aplica o A para vias aéreas, B para respiração e C para circulação. (ORLANDO, 2008)

As unidades de cuidados críticos de Los Angeles e Baltimore, criadas por Weil, Shubin e Safar tinham focos diferentes no cuidado inicial, sendo a de Los Angeles voltada para a falência circulatória, o choque cardiogênico, contando com monitorização em tempo real. A Unidade de Baltimore era identificada pelo pioneirismo em cuidados intensivos com ênfase em intervenções de ressuscitação a beira leito, manejo de vias aéreas e respiração. (RISTAGNO; WEIL, 2009)

Em comum, as equipes de Safar e Weil tinham o comprometimento ao cuidado dedicado a pacientes graves em um local com profissionais médicos e enfermeiros preparados para a intervenção imediata, além de estarem comprometidos com ensino e pesquisas clínicas e laboratoriais. (RISTAGNO; WEIL, 2009)

A partir daí, várias unidades com as mesmas características foram abertas em todo o território norte americano e nos países industrializados.

Ainda na narrativa de Ristagno (2009), há o relato de que nos anos de 1960, Weil e Safar juntaram-se ao cirurgião Willian Shoemaker, de Nova Iorque, estendendo esse cuidado a pacientes críticos, pacientes cirúrgicos e vítimas de trauma.

Em 1967, os três iniciaram uma campanha para difundir o cuidado otimizado e horizontal ao paciente grave, reunindo lideranças de diversas especialidades médicas. Em 1970, essa campanha materializou-se na *Society of Critical Care Medicine* (SCCM- Sociedade de Medicina de Cuidados Críticos), que desde o início teve como missão e objetivos a multidisciplinaridade, promoção da educação de uma nova geração de médicos que se dedicariam a cuidar de pacientes gravemente enfermos ou com lesões graves, estendendo esse treinamento a enfermeiros e outros profissionais que fazem parte da equipe de uma Unidade de Terapia Intensiva. Em 1973 foi lançada a primeira edição da *Critical Care Medicine* (Medicina

de Cuidado Crítico), sendo o periódico oficial da SCCM. Finalmente, nos anos de 1980, os pontos principais do treinamento em Medicina Intensiva foram definidos e a especialidade foi reconhecida nos Estados Unidos. (RISTAGNO; WEIL, 2009)

As diversas áreas de Medicina, sejam elas, clínicas, cirúrgicas, anestesiologia, pediatria, foram afetadas de várias maneiras pelo surgimento da Medicina Intensiva.

Para Peter Safar, a Medicina Intensiva era uma continuidade, iniciada no local do evento agudo, passando pelo suporte de vida no transporte, cuidados no setor de emergência, procedimentos indicados no Centro Cirúrgico até suporte avançado na Unidade de Terapia Intensiva. (ORLANDO, 2008)

Weil, no que diz respeito ao treinamento em Medicina Intensiva, considerava perfeitamente razoável que um médico fosse um bom especialista e ainda assim poderia aplicar suas habilidades no cuidado ao paciente crítico, construindo pontes entre as especialidades, quebrando barreiras entre departamentos tradicionalmente isolados. (RISTAGNO; WEIL, 2009)

3.4 MEDICINA INTENSIVA NO BRASIL

José Maria da Costa Orlando, no primeiro capítulo de seu livro intitulado UTIs Contemporâneas, faz um interessante passeio de datas onde descreve minuciosamente o surgimento das Unidades de Terapia Intensiva e da Medicina Intensiva no Brasil. (ORLANDO, 2008)

Segundo seu relato (ORLANDO, 2008), foi a partir do ano de 1950 que se deu início a respiração mecânica controlada no Brasil, com a visita de Clarence Craaford e Olle Friberg, médicos suecos, ao Hospital do Instituto de Pensão e Aposentadoria dos Servidores do Estado (IPASE), no Rio de Janeiro, onde demonstraram a técnica de ventilação mecânica para uso em anestésias.

Em São Paulo, no ano de 1955, desembarcaram os primeiros pulmões de aço, recebidos pelo Instituto de Ortopedia e Traumatologia da Universidade de São Paulo (USP), utilizados em pacientes com insuficiência respiratória associada à poliomielite bulbar. Com a chegada desses e de outros equipamentos similares nos anos seguintes, no Rio de Janeiro e em Porto Alegre, a ventilação mecânica deixou de ser centralizada nos centros cirúrgicos e manipulada exclusivamente pelos anestesistas, dando origem às unidades respiratórias. (ORLANDO, 2008)

Segundo consta na narrativa de Orlando (2008), Antonio Tufik Simão, médico do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, iniciou a prática da ventilação mecânica, utilizando o pulmão de aço, sendo primeiramente aplicada nas enfermarias, com auxílio dos médicos residentes. Após um período de estudos sobre ventilação mecânica na França, conseguiu dar início ao Centro de Tratamento Intensivo, inaugurado em oito de fevereiro de 1967, no mesmo hospital.

Outro destaque foi o Professor Paulo Branco, no início da década de 1960, do Departamento de Cirurgia do Hospital das Clínicas (Faculdade de Medicina da USP – FMUSP), onde passou a concentrar em uma das enfermarias, casos cirúrgicos mais complexos e que exigiam acompanhamento intensivo diariamente.

Também no Hospital das Clínicas de São Paulo, em 1963, o médico Dario Birolini e outros residentes sugeriram a criação de um ambiente no Pronto Socorro para prestar assistência mais completa aos doentes críticos que lá chegavam (CREMESP, 2009).

No ano de 1969, em Belo Horizonte, foi inaugurado o Centro de Tratamento Intensivo do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o comando do Professor Mário López. Ainda da década de 1960, em Porto Alegre, foi inaugurada a Unidade de Tratamento Intensivo no Hospital Ernesto Dornelles. (ORLANDO, 2008)

Essas datas de implantação de unidades de tratamento intensivo em diferentes estados mostram que vários médicos de diferentes especialidades procuravam se concentrar nas atividades em cuidados a pacientes críticos.

As unidades de cuidados a pacientes críticos foram se disseminando pelo país na década de 1970. Em 1972 foi realizado o Simpósio Internacional de Terapia Intensiva no Rio de Janeiro, sendo o primeiro evento a reunir intensivistas brasileiros e convidados estrangeiros pioneiros na especialidade. (ORLANDO, 2008)

Os intensivistas sentiam a necessidade de troca de informações e experiências ao redor do tema. Para atender a essa necessidade, em 1974 surgiu a Sociedade Paulista de Terapia Intensiva. Seguiu-se a criação de sociedades em vários estados do país, e com essas sociedades, viu-se que era necessário oferecer uma literatura nacional aos profissionais que atuavam ou que estavam em treinamento, assim surgiu o livro *Terapia Intensiva*, em 1976, de autoria de Tufik Simão. (CREMESP, 2009).

No ano de 1979, foi criada a Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (SBTI), e por motivação de diferença na política médica, em 1981 foi fundada a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), reconhecida pela Associação Médica Brasileira (AMB). Em 1982,

pondo fim às diferenças políticas, a AMIB incorporou a SBTI, com a abertura definitiva para o desenvolvimento da especialidade. (ORLANDO, 2008)

Durante o 1º Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva, em 1982, foi realizado o primeiro concurso de Título de Especialista, ainda sem o reconhecimento oficial do Conselho Federal de Medicina (CFM), o qual chegou em 1991, sendo a Medicina Intensiva reconhecida como especialidade pelo CFM. (ORLANDO, 2008)

No plano acadêmico, o Hospital das Clínicas de Porto Alegre formou um grupo de docentes para assessorar o treinamento dos residentes na área de terapia intensiva, dando origem mais tarde ao primeiro programa de residência médica do país, em 1986, credenciado pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC).

Desde o início das Unidades de Terapia Intensiva, ficou claro o caráter pluriprofissional da atividade intensiva, onde o médico não exerce seu papel de maneira isolada e nem é mais importante que os demais integrantes da equipe.

Também o caráter médico é multidisciplinar, sendo que a Medicina Intensiva precisa da cooperação entre o intensivista e os demais especialistas. Com a chegada da Medicina Intensiva, viu-se na prática a necessidade de reconstruir o relacionamento entre especialidades médicas, com o conceito de interpenetrabilidade de interesses.

3.5 A EDUCAÇÃO NA MEDICINA INTENSIVA

A Medicina Intensiva é uma área sistemática e diferenciada das ciências médicas que aborda a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças agudas potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais. (CUCHI, 2009)

Ela abraça o conhecimento, atitude, habilidade e resolução de problemas para reconhecimento e tratamento precoce em pacientes agudos, promove um aprendizado dinâmico dentro de um ambiente seguro, de maneira ética, mesmo cercado de diversas tecnologias e com doentes extremamente frágeis. (KHAN et al., 2017)

A Unidade de Terapia Intensiva é o local onde se pode reforçar os princípios gerais da medicina interna com condições de observar a fisiologia no seu tempo real, observar a resposta frente às medidas instituídas, mostra a integração entre doenças agudas e crônicas, permite a análise da evolução de um doente de maneira detalhada, dia após dia. (MORAES; ARAÚJO; CASTRO, 2004)

Dentro de uma UTI existe uma variedade de profissionais atuantes, permitindo uma verdadeira educação multiprofissional, mostrando que no que tange ao cuidado ao doente todos tem a sua importância.

É possível criar uma habilidade organizacional com a aplicação de protocolos e *bundles*, um gerenciamento de informações que garantem a transmissão de cuidados de maneira eficaz e segura.

É um local extremamente rico em possibilidades no que diz respeito ao auxílio no ensino de valores, como situações éticas, cuidados paliativos, doação de órgãos, futilidades terapêuticas. (FESSLER, 2012)

Permite ao aluno o reconhecimento de um paciente grave, mostrando que a atuação precoce pode mudar o desfecho desse doente. Mostra que o início de intervenções precoces de ressuscitação são momentos de suma importância e de grande impacto na evolução do paciente agudo. (MORAES; ARAÚJO; CASTRO, 2004)

O rodízio na Unidade de Terapia Intensiva é importante por garantir uma das prerrogativas das DCNs, onde o médico deve atuar de maneira competente em diferentes níveis de assistência à saúde, de forma íntegra e interdisciplinar.

O trabalho de Nascimento e colaboradores (NASCIMENTO et al., 2008), que analisava a importância dos estágios extracurriculares nas Unidades de Terapia Intensiva, teve como resposta que noventa e oito por cento dos alunos sentem-se mais seguros em indicar um paciente para UTI e oitenta e nove por cento em atender pacientes nas emergências após o estágio.

3.6 METODOLOGIAS ATIVAS E A APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS

De acordo com Mitre (2008), a educação deve ser capaz de desencadear uma visão do todo, além de possibilitar a construção de redes de mudanças sociais, com a expansão de consciência individual e coletiva. O ato de ensinar exige respeito à autonomia e dignidade de cada sujeito.

Sofrendo influência do mecanismo cartesiano-newtoniano fragmentado e reducionista de Flexner, o conhecimento foi compartimentado em centros e departamentos, em períodos, séries ou disciplinas. O processo ensino-aprendizagem viu-se restrito a reprodução de conhecimentos, onde o professor é o transmissor de conteúdo e o aluno retém e repete o mesmo, passivamente. (MITRE et al., 2008).

A aprendizagem baseada em problemas (ABP) ou o termo original *Problem Based Learning* (PBL) surgiu nos anos de 1960, (JONES, 2006; MITRE et al., 2008), nas iniciativas de melhorar o entusiasmo dos estudantes no aprendizado, tentando fugir do modelo fragmentado e passivo de ensino. Foi desencadeada pelas preocupações de que os estudantes estavam desencantados com a educação médica e ficando sobrecarregados de informações científicas que não pareciam ser úteis na prática clínica. (BATE et al., 2014).

O PBL foi aplicado no contexto da educação médica na Universidade McCaster, no Canadá, por Howard Barrows e posteriormente estabeleceu-se na Europa, na Universidade de Maastricht e na Austrália, na Universidade de New Castle. (JONES, 2006)

No Brasil, segundo Mitre (2008) discutiu-se a necessidade de mudanças nas instituições de ensino superior visando a reconstrução do papel social. Na área da saúde, questionou-se o perfil egresso, que, com parâmetros curriculares baseados no relatório de Flexner, levava esse profissional a se distanciar das necessidades do sistema de saúde, com especialização precoce, valorização do ambiente hospitalar para ensino, foco na atenção curativa e uniaxial da doença.

Com as diretrizes curriculares nacionais (DCNs) e com um maior foco voltado para a importância do atendimento das necessidades do SUS, as instituições formadoras foram levadas a mudar a forma de ensino.

Na atualidade, os conhecimentos e competências se transformam muito rapidamente, sendo necessário uso de uma metodologia na graduação que pratique uma educação libertadora, onde o profissional seja levado a “aprender a aprender” (MITRE et al., 2008).

Assim, uma metodologia que vem ao encontro a essa necessidade é a metodologia ativa, onde é respeitada a autonomia do aluno, e este garante seu processo de formação, sendo parte ativa do aprendizado.

O PBL tem a intenção de permitir que os estudantes trabalhem em grupos para aprender sobre um assunto no contexto de um problema real. (BATE et al., 2014).

Já de acordo com Mitre (2008), as metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com objetivo de motivar o estudante, onde ele consegue examinar, refletir, relacionar com sua história e seus conhecimentos prévios e monta uma rede maior de conhecimentos.

O aprendizado no PBL aproxima-se da prática e o contexto desse aprendizado é o mais fiel possível da realidade. (BATE et al., 2014)

O PBL vai além da resolução de um problema para o aprendizado. Ele leva o aluno a resolver problemas específicos enquanto adquire conhecimentos sobre como resolver outros problemas semelhantes. (JONES, 2006)

Segundo Jones (2006), o PBL tem entre muitas vantagens como o foco no aprendizado voltado para informações mais relevantes do cenário real, reduzindo o excesso de informações; promove o desenvolvimento de habilidades úteis na aprendizagem ao longo da vida, tais como liderança, trabalho em equipe e comunicação; motiva os alunos a aprenderem no foco do cenário real; incentiva um aprendizado profundo, que leva os alunos a interagirem com informações em vários níveis.

A metodologia ativa, na forma de ABP, tem permitido a articulação entre a universidade, o serviço e a comunidade por possibilitar uma leitura e intervenção consistente sobre a realidade. (MITRE et al., 2008).

4. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, por meio de entrevistas, com estudantes do curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior.

A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com certo problema, com intenção de torná-lo mais explícito ou construir hipóteses. Tende a ser realizada sobre uma questão de pesquisa com poucos estudos anteriores a respeito. A pesquisa exploratória é desenvolvida no sentido de proporcionar uma visão acerca de determinado fato, buscando conhecer o tema abordado e torná-lo mais claro. (MUNARETTO; CORRÊA; CUNHA; 2013)

A pesquisa qualitativa é uma atividade da ciência que visa construção de uma realidade que não pode ser quantificada, preocupando-se com crenças, valores, significados relevantes para determinado grupo. (MINAYO, 2002)

A entrevista é uma técnica onde o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, sendo assim uma forma de interação com o entrevistado. É amplamente utilizada como forma de obter informações acerca de atitudes, sentimentos e valores diretamente com o entrevistado. (GIL, 2008)

4.1 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada em uma Instituição de Ensino Superior na cidade de Curitiba-PR.

A instituição foi escolhida pela possibilidade de acompanhamento da primeira turma de alunos no internato de Medicina que participaram do rodízio na Medicina Intensiva.

4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes desta pesquisa foram os estudantes regularmente matriculados no Curso de Medicina da Instituição de Ensino Superior referida, no décimo primeiro período e que concluíram o rodízio na Medicina Intensiva no período de julho a dezembro de 2019. Foram excluídos do estudo os estudantes que não concluíram o rodízio da Medicina Intensiva.

Os estudantes foram convidados a participar da pesquisa, e após o aceite e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), participaram de uma entrevista através de um instrumento contendo as questões pertinentes.

4.3 COLETA DAS INFORMAÇÕES

Os encontros para as entrevistas foram na própria Instituição de Ensino, em três ocasiões, conforme a disponibilidade dos estudantes.

Para garantir anonimato foi utilizada a letra E de estudante e um número conforme ordem de entrega do instrumento.

O instrumento de pesquisa continha as perguntas norteadoras referentes à percepção do aprendizado, reconhecimento e atendimento ao paciente grave, conforme descrito a seguir:

A primeira, onde foi solicitado que o estudante falasse sobre percepção do seu aprendizado frente ao reconhecimento de um paciente crítico, tinha como intuito apreender se o estudante teve apropriação de conhecimento frente ao paciente grave e quais pontos ele achou de maior importância durante o estágio, conforme a sua vivência.

A segunda pergunta aborda o preparo para o reconhecimento do paciente crítico, procurando captar se esse estudante se sente preparado para reconhecer este paciente.

Por fim, a terceira pergunta aborda o atendimento ao paciente crítico, procurando apreender se o estudante se sentia seguro em prestar o atendimento a esse paciente grave, após o aprendizado da primeira pergunta e o reconhecimento da segunda pergunta.

4.4 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

A análise de conteúdo pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter indicadores que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção destas mensagens. (MINAYO, 2014)

A análise de conteúdo foi feita de acordo com a técnica de Minayo, compreendidas nas seguintes etapas: pré-análise, com organização do material a ser analisado através de leituras, apropriando-se do assunto; exploração do material pela técnica de setorização, separando em caixas por semelhança de falas.

As categorias foram pré-definidas em concordância com o instrumento de pesquisa. As subcategorias foram definidas através das características comuns, conforme pertinência, e dentro delas emergiram unidades de respostas, com maior aproximação dos discursos. Por fim deu-se a análise dos resultados, buscando articular o conteúdo das falas com o referencial teórico.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS E BENEFÍCIOS

Essa pesquisa, por tratar-se de pesquisa com seres humanos, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Pequeno Príncipe, sob o número do CAAE 17644819.0.0000.5580, aprovado em 04 de outubro de 2019. A pesquisa teve como princípio as Resoluções CNS 466/12 e a 510/2016.

A coleta de dados se deu posteriormente à aprovação pelo CEP e o instrumento de coleta de dados foi aplicado após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo participante, garantindo a sua autonomia.

As informações foram obtidas de maneira a respeitar a privacidade dos participantes, mantidos em anonimato e as respostas visam apenas ao presente estudo, não interferindo na nota do aluno na sua formação.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

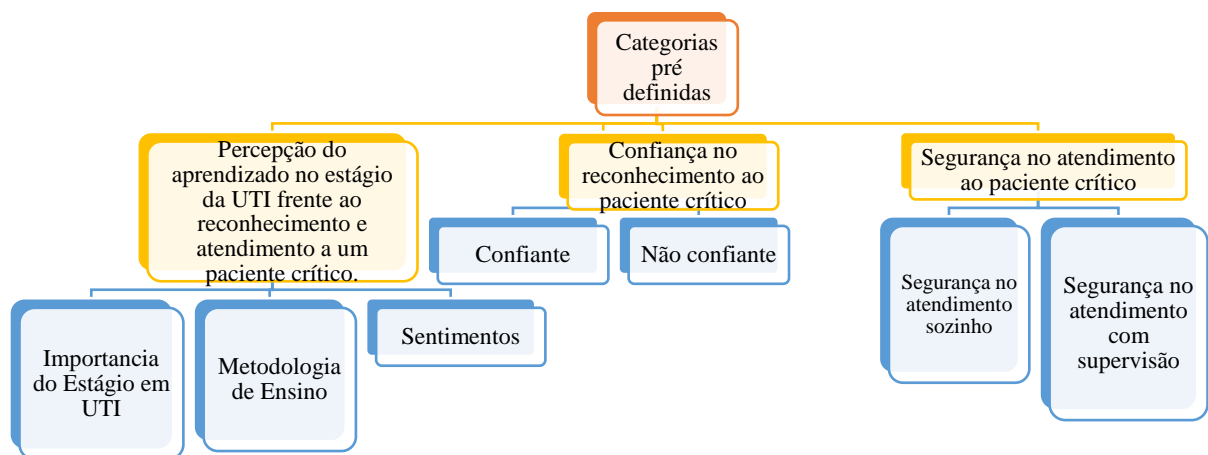
Participaram da pesquisa 27 estudantes do décimo primeiro período de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior que concluíram o estágio na Medicina Intensiva. Esse rodízio compreende rotação de quatro semanas em Unidades de Terapia Intensiva, durante os estágios de Clínica Médica e Urgência e Emergência.

O internato médico é o momento onde ocorre o aprendizado prático, nos dois últimos anos de graduação, com o intuito de focar no aprendizado prático, através de atividades supervisionadas. (MISSAKA, 2010). Os estágios nessa IES são de 60 dias, nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Saúde Coletiva e Urgência e Emergência. No segundo ano do internato, dentro da área de Clínica Médica e Urgência e Emergência, está inserido o estágio na Terapia Intensiva.

Foi realizada exploração das informações coletadas por meio das entrevistas, com ordenação dos dados, classificação dos mesmos, segundo referencial de Minayo. (MINAYO, 2014)

A partir das categorias pré-estabelecidas foi possível a ordenação dos dados em subcategorias, conforme Gráfico 1.

Gráfico 1: categorias e subcategorias



Fonte: Autores (2020)

Dentro das subcategorias emergiram as unidades de resposta, conforme quadro 1.

Quadro 1: Categorias, subcategorias e unidades de resposta

Categorias pré-definidas	Subcategorias	Unidades de Resposta
Percepção do aprendizado no estágio da UTI frente ao reconhecimento e atendimento a um paciente crítico.	Importância do estágio em UTI	Fisiopatologia, formação e trabalho em equipe
		Relação teoria e prática
		Comunicação e cuidados humanizados
		Análise dos problemas
		Reconhecimento da gravidade
		Atendimento fora da UTI
	Competências	
	Metodologia de Ensino	Metodologias Ativas
	Sentimento	Medo, insegurança, ansiedade
Confiança no reconhecimento ao paciente crítico	Confiante	Tempo
	Não confiante	Desfecho
Segurança no atendimento ao paciente crítico	Segurança no atendimento sozinho	Experiência
	Segurança no atendimento com supervisão	Presença

Fonte: Autores (2020)

5.1 CATEGORIA 1: A PERCEPÇÃO DO APRENDIZADO NO ESTÁGIO DA UTI FRENTE AO RECONHECIMENTO E ATENDIMENTO A UM PACIENTE DOENTE

Desta categoria pré-determinada, emergiram três subcategorias e unidades de resposta, conforme quadro 2.

Quadro 2: Categoria Percepção do aprendizado no estágio da UTI

Percepção do aprendizado no estágio da UTI frente ao reconhecimento e atendimento a um paciente crítico.	Importância do estágio em UTI	Fisiopatologia, formação e trabalho em equipe
		Relação teoria e prática
		Comunicação e cuidados humanizados
		Análise dos problemas
		Reconhecimento da gravidade
		Atendimento fora da UTI
		Competências
Metodologia de Ensino	Metodologias Ativas	
Sentimento	Medo, insegurança, ansiedade.	

Fonte: Autores (2020)

A Medicina Intensiva consiste em um importante componente de aprendizado em assistência à saúde. (MISSAKA, 2010)

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são reconhecidos centros de inovações de cuidados relacionados à saúde, que posteriormente são utilizados por outras especialidades ou outros setores, como instituição de *bundles*, protocolos, *checklists*. (FESSLER, 2012)

Durante a formação teórica, nos quatro primeiros anos de faculdade, o aluno é exposto a inúmeros conceitos teórico-práticos, mas dentro da UTI esses conceitos ganham vida, tornando-se mais práticos.

No estágio em Medicina Intensiva, o estudante precisa se familiarizar com conhecimentos peculiares ao setor, como reanimação cardiorrespiratória, ventilação mecânica, monitorização hemodinâmica, além de realizar procedimentos como punção de acesso venoso central, pressão arterial invasiva, intubação orotraqueal, punção lombar, paracentese, toracocentese, entre outros.

Mas a percepção do estudante frente a essas informações não é comumente mensurada. Será que eles estão conscientes acerca das necessidades e oportunidades desse estágio?

É sobre essa perspectiva que emergiu a primeira subcategoria: A Importância do Estágio na Medicina Intensiva, e dentro dela sete unidades de resposta.

Unidade de Resposta: Formação, fisiopatologia e trabalho em equipe.

O aprendizado na Medicina Intensiva auxilia na formação generalista e humanista do médico, com vivências em fisiopatologia, ética, equipe multidisciplinar, comunicação e contato com a morte. (ALMEIDA et al., 2007)

Em concordância com o autor, estão os seguintes discursos:

“A minha percepção frente a um paciente crítico é diferente antes e após cada estágio. No início do estágio não temos conhecimento necessário para o total tratamento do paciente, porém tentamos cooperar com empatia. Com o passar do estágio aprendemos muito e percebemos que nosso conhecimento é muito grande, que ganhamos. Nossa relação com a equipe multi é muito boa e acabamos nos sentindo parte dela.” (E2)

“O estágio na UTI permite o contato diário com pacientes críticos, sendo dada autonomia para o estudante avaliar, examinar e prescrever um ou mais pacientes, percebendo como reconhecer sinais de alerta e de gravidade, avaliar parâmetros de monitorização intensiva e invasiva, realizar alguns procedimentos sob supervisão. As discussões com os preceptores são de extrema importância para compreensão de cada quadro/ caso clínico, assim como a participação na visita multidisciplinar, observando a importância da equipe multi para o cuidado do paciente.” (E15)

Unidade de resposta: Relação teoria e prática

Ocorre uma maior relação da teoria com a prática, tão necessária para o ensino na saúde. A Medicina Intensiva revisa os princípios gerais da Medicina Interna, além de permitir o contato com várias especialidades médicas. Presencia na prática o comportamento das doenças agudas e crônicas (MORAES; ARAÚJO; CASTRO, 2004). Esses fatos são percebidos no relato a seguir:

“O estágio ajudou a efetivar raciocínio clínico em pacientes que já realizam cronicamente terapias ambulatoriais, mas que, por algum motivo, houve descompensação do quadro base. Além disso, o cuidado

diário dos pacientes internados permitiu entender como e porque terapias falham e necessitam ser reajustadas. Em pacientes pós cirúrgicos que necessitam de cuidados intensivos com ajustes finos nas medicações para manutenção da estabilidade clínica, ajudaram a entender diversas correlações clínicas com a fisiologia normal.” (E4)

Unidade de resposta: Comunicação e cuidados humanizados.

Do ponto de vista prático, dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva, diariamente o estudante se depara com um grande número de diagnósticos, tratamentos e procedimentos. Existe a oportunidade de lidar com aspectos éticos, de cuidados paliativos, desenvolvimento de habilidades de comunicação com os familiares dos pacientes. (WHEREAT; MCLEAN, 2012). Em concordância, tem-se os discursos abaixo:

“Pacientes gravemente enfermos são sempre um desafio psicobiológico, dada a complexidade médica do quadro, e a profundidade de se contemplar o ponto de virada – a não – para a morte. O grande aprendizado, em face, principalmente de pacientes jovens, é este contato com o fim de vida, essa noção que postergamos diariamente: o fim vem para todos.” (E22)

“Consigo perceber melhor a condição da gravidade e necessidade de intervenção imediata. Consegui ver a diferença entre um atendimento mais humanizado na recepção de más notícias e como medidas mais humanas impactam na melhora e na qualidade de vida do paciente internado.” (E1)

Unidade de resposta: Análise dos problemas

De acordo Moraes e col. (2004), a Medicina Intensiva permite ensinar a organizar habilidades para análise dos problemas, e prioridade em sua resolução, além de estabelecer objetivos para condutas terapêuticas, conforme evidenciado nos discursos:

“O período na UTI foi bom para desenvolver o ‘feeling’ de que o paciente não está bem ou que vai descompensar em breve. Somos ensinados a reconhecer e interpretar exames, porém a habilidade de

perceber só pode ser adquirida na prática, em imersão no serviço. Aprendi também a raciocinar durante situações tensas e desenvolver um plano terapêutico coerente para cada situação clínica potencialmente fatal.” (E3)

“Durante o estágio percebi que ao receber o doente, todo atendimento é muito rápido. Percebe-se quais são os parâmetros mais alterados e visa o tratamento o quanto antes. Exames são solicitados assim que o paciente estiver estável” (E16)

Unidade de resposta: Reconhecimento de gravidade

A Medicina Intensiva abrange habilidades e atitudes no reconhecimento e manuseio de pacientes gravemente enfermos (ALMEIDA, 2007), conforme percebidos nos discursos abaixo:

“A percepção que eu tenho é que aprendi a reconhecer um paciente gravemente doente baseando-se no exame físico e monitorização, e que isso é essencial para nossa formação” (E5)

“Acredito que ao passar por diferentes locais com enfoques diferentes houve uma melhora quanto ao entendimento do que seria um paciente crítico e como realizar ao menos os cuidados iniciais de grandes síndromes” (E13)

“Acredito que tenha aprendido que o atendimento ao paciente criticamente doente demanda muito mais atenção por parte da equipe de saúde, pois o adoecer e a resposta do paciente ao tratamento são muito mais dinâmicos, tanto se o tratamento foi efetivo ou inefetivo.” (E27)

Unidade de resposta: Atendimento fora da UTI

Toda essa dinâmica na educação em Medicina Intensiva ocorre com o objetivo de formar um médico com habilidades adequadas para reconhecer e iniciar uma intervenção eficaz e apropriada para um paciente em situação de deterioração aguda do quadro. (WHEREAT; MCLEAN, 2012)

O cuidado prestado ao paciente crítico é, muitas vezes, iniciado por médicos sem treinamento específico em Medicina Intensiva, nas enfermarias, unidades de pronto atendimento, e não dentro da UTI. (FESSLER, 2012), fato percebido no relato abaixo:

“O estágio de Medicina Intensiva no segundo ano do internato colabora e complementa o conhecimento adquirido no primeiro ano durante as enfermarias de clínica médica, pois o reconhecimento muitas vezes depende do médico que faz enfermaria. Já dentro da UTI o monitoramento de piora clínica do paciente foi bastante discutido, por preceptores e residentes dispostos a ensinar [...]”. (E21)

Unidade de resposta: Competências

Segundo Moraes (2004), apesar de ser uma área cujas competências são mais bem desenvolvidas no período da residência ou especialização, os estudantes devem dominar algumas dessas competências ainda na graduação, como citado nos discursos abaixo:

“Acredito que o estágio em UTI foi muito importante para reconhecimento de parâmetros do doente crítico, pois diversos parâmetros e condutas como gasometria, ventilação mecânica, DVE, PAI, DVA, são de difícil entendimento do estudante de medicina quando não visualizados na prática.” (E7)

“O atendimento ao paciente crítico traz muitos desafios aos profissionais da UTI, entretanto aos alunos acredito que agrega muito no conhecimento e no desenvolvimento emocional. No meu ponto de vista foi muito enriquecedor, aprendi alguns procedimentos e participei de reuniões de más notícias” (E11)

“É claro o quanto evoluímos durante os estágios. O conhecimento teórico conta muito em um atendimento de um paciente criticamente doente, mas a prática é fundamental. Os estágios e a prática nos ajudaram imensamente nos atendimentos, principalmente por conta do medo, o gráfico de aprendizado é crescente” (E14)

A segunda subcategoria emergiu fazendo referência à metodologia da Instituição de Ensino, sendo denominada Metodologia de Ensino.

Com um currículo que utiliza metodologias ativas, predominantemente PBL (*Problem Based Learning*), onde o estudante participa ativamente de sua formação e os professores

tornam-se facilitadores dessa aprendizagem. De acordo com Mitre (2008), a educação deve ser capaz de desencadear uma visão do todo, além de possibilitar a construção de redes de mudanças sociais, com a expansão de consciência individual e coletiva.

Segundo Bate (2014), é o envolvimento dos estudantes no processo de aprendizagem que vai ajudar a aprender com outras experiências, filtrar, ordenar e refinar as ideias, consolidar o que sabem.

Na área de saúde, é possível e necessário aprender fazendo, onde a produção de conhecimento ocorre por meio da ação-reflexão-ação, colocando o cenário de prática durante toda a formação. (MITRE et al., 2008)

Referindo-se a metodologia e às oportunidades de aprendizado sobre temas inerentes a Medicina Intensiva temos os discursos que se seguem:

“Penso que as [...] prepararam seus alunos adequadamente em relação ao paciente crítico. Tivemos a oportunidade de fazer simulações com manequins de alta fidelidade e desde os primeiros períodos temos contato com pacientes da UTI. A metodologia ativa, com o PBL, contribui com o melhor aprendizado, dos conhecimentos teóricos, relacionado ao paciente grave” **(E2)**

“Durante a graduação tivemos diversos momentos de aprendizado voltados ao atendimento ao paciente crítico. Mas aulas de HMC 5 (ACLS), HMC 6 (ATLS), HMC 8 (emergências), UC de transtornos mentais e aulas teórico práticas no internato de Urgência e Emergência. Acredito que o conhecimento teórico foi selecionado e repassado de forma ativa e construtiva. Oportunidades práticas também são colocadas nos estágios do internato, sempre sob supervisão ativa e atenta dos professores e preceptores.” **(E17)**

“Acredito que, devido ao nosso método de ensino diferenciado, tivemos um bom aprendizado sobre o atendimento de um paciente criticamente doente. Tivemos diversas matérias em que esse assunto foi abordado, como atividades do IEC e aulas sobre cuidados paliativos. **(E23)**

Muitas escolas médicas adaptaram seus currículos inserindo o rodízio na Medicina Intensiva, seguindo a recomendação das Diretrizes Curriculares Nacionais, onde a formação dos profissionais de saúde com competência para atuar no primeiro atendimento ao paciente

grave e em situações de emergência deve-se iniciar na graduação. (BOLLELA; MACHADO, 2010).

A terceira subcategoria emergiu dos sentimentos descritos pelos estudantes, como ansiedade, medo e insegurança, sendo então denominada Sentimentos.

Em seu estudo, O'Connor (2017), descreve sobre a ansiedade que precede o estágio na UTI. Trata-se de uma especialidade horizontal, que exige conhecimentos e habilidades com identidade própria. As expressões particulares, rotinas específicas, relação entre equipes multiprofissionais são de difícil compreensão em um primeiro momento. O estudante acaba por ter dificuldade com esse impacto inicial, demandando de certo tempo para se familiarizar.

Tal reconhecimento é dado nos discursos:

“Vejo que consigo manejar um pouco minha ansiedade no momento do atendimento emergencial”. (E1)

“Acredito que tivemos uma boa base, sobre como abordar a família do paciente, assim como lidar com nossos sentimentos frente a situação. Na pediatria sentirei dificuldade na abordagem da família.” (E8)

“Redução da insegurança quanto manipulação.” (E10)

“Os estágios e a prática nos ajudaram imensamente nos atendimentos, principalmente por conta do medo.” (E14)

“A curva de aprendizado ao longo do estágio foi enorme. Os conhecimentos adquiridos ao longo do estágio foram imensuráveis. Ao chegar na UTI eu não tinha o conhecimento muito sedimentado, mas ao final do estágio eu me senti bem mais segura.” (E25)

“Além das atividades práticas, há um amadurecimento durante os estágios.” (E26)

Enfim, quando esta barreira é derrubada, e o aluno torna-se parte ativa dessa rotina, as oportunidades de aprendizagem tornam-se infinitas.

5.2 CATEGORIA 2: CONFIANÇA E SEGURANÇA NO RECONHECIMENTO AO PACIENTE CRÍTICO.

Baseado na pergunta se o estudante sentia-se preparado para reconhecer um paciente crítico, que necessitasse de atendimento imediato, a intenção era captar se o estudante adquiriu

o conhecimento para reconhecer um paciente crítico, não em moldes matemáticos, com questões teóricas, mas de forma a captar se esse conhecimento lhe deu confiança e segurança para reconhecer a situação crítica. A partir dela emergiram duas subcategorias, que possuem o mesmo grau de importância das unidades de resposta, dada a maneira com que a questão foi colocada.

Quadro 3: Categoria Confiança no reconhecimento ao paciente crítico

Categoria 2	Subcategoria	Unidade de Resposta
Confiança no reconhecimento ao paciente crítico	Confiante	Tempo
	Não confiante	Desfecho

Fonte: Autores (2020)

Dos 27 estudantes entrevistados, a maioria respondeu que se sente confiante em reconhecer um paciente crítico.

Segundo Missaka (2010), a Medicina Intensiva fornece um cenário importante na formação médica, onde possibilita o exercício prático da medicina e a tomada de decisões clínicas num contexto real de articular saberes e práticas de diferentes áreas temáticas, de modo contextualizado.

Em vários serviços, residentes e até alunos do internato são chamados para avaliarem pacientes instáveis, e para isso precisam saber reconhecer sinais e sintomas de instabilidade, e iniciar o tratamento adequado antes da transferência para a UTI. (MORAES; ARAÚJO; CASTRO, 2004)

Ainda de acordo com Missaka (2010), a recuperação dos pacientes críticos depende do rápido reconhecimento e início do tratamento antes do encaminhamento para a UTI.

Subcategoria 1: Confiante

Unidade de resposta tempo.

Os seguintes discursos ilustram a narrativa de tempo de estágio, relacionado ao incremento da confiança:

“Durante o estágio eu me sentia preparada para reconhecer a necessidade de tratamento imediato e acredito que pude reter muitos conhecimentos, porém a prática diária e compartilhamento do cuidado que possibilitam a confiança.” (E15)

“Com certeza, pois ao longo do estágio presenciamos e pudemos colaborar no reconhecimento dos pacientes e atendimento em sua admissão. Quatro semanas de imersão foram fundamentais para nos tornarmos mais confiantes perante essas situações.” **(E25)**

“Além do sentimento de confiança que adquiro durante os estágios, as práticas possibilitaram aperfeiçoar meus conhecimentos práticos.” **(E26)**

Subcategoria Não confiante

Unidade de resposta Desfecho:

A falta de confiança no reconhecimento do paciente crítico tem um fundamento no reconhecimento do impacto de uma atitude errada na evolução do paciente.

Whereat (2012) mostra que uma parcela considerável da literatura por eles pesquisada indicava que o médico recém-formado não está suficientemente preparado para o manejo do paciente agudamente enfermo dentro do hospital.

Almeida (2007) cita um estudo de Buchman e col. que mostrava carências nas habilidades básicas inerentes a Medicina Intensiva, tais como iniciar intervenções em situações de emergência.

Nessa subcategoria o discurso mais usado foi sobre a dificuldade da prática sem a supervisão e impacto de uma conduta errada, emergindo a unidade de resposta Desfecho

“Pude perceber capacidades minhas que antes eu não havia identificado, porém ainda tenho bastante insegurança em atender sozinho, manejar sozinho aquela condição e acabar deixando passar algo, ou agregando alguma disfunção.” **(E1)**

“Preparada sim, confiante não. Realizar as condutas com supervisão e discussão dos casos aumentou minha segurança, porém não me sinto preparada para cair de paraquedas sozinha num atendimento de paciente crítico. Nossas ações no manejo desses pacientes têm grandes repercussões em seu prognóstico e essa responsabilidade me assusta (por enquanto).” **(E3)**

5.3 CATEGORIA 3: SEGURANÇA NO ATENDIMENTO AO PACIENTE CRÍTICO

Nessa categoria emergiram duas subcategorias, acompanhadas de duas unidades de reposta.

Quadro 4: Categoria Segurança no atendimento ao paciente crítico

Categoria	Subcategoria	Unidade de Resposta
Segurança no atendimento ao paciente crítico	Segurança no atendimento sozinho	Experiência
	Segurança no atendimento com supervisão	Presença

Fonte: Autores (2020)

Segundo Missaka (2010), é no internato que ocorre o início da independência do estudante no atendimento ao paciente.

Nenhum estudante de medicina deveria se formar sem a habilidade de prevenir a perda de um paciente com uma situação aguda potencialmente fatal, que poderia ser revertida com o rápido reconhecimento da situação, início imediato da intervenção e encaminhamento para uma unidade de terapia intensiva. (MISSAKA, 2010)

O objetivo da educação na medicina intensiva é auxiliar na formação de um médico com habilidades adequadas para reconhecer e iniciar uma intervenção adequada e eficaz para um paciente com franca deterioração aguda. (WHEREAT; MCLEAN, 2012)

Existem poucas pesquisas com a graduação na Medicina Intensiva, principalmente a respeito de como tornar esse aprendizado efetivo. (O'CONNOR et al., 2017), (KHAN et al., 2017)

São escassos os estudos a respeito de como esse médico atende a uma emergência ou como ele se comporta frente a um doente crítico. Segurança e confiança são domínios adquiridos com o tempo, mas competências adequadas, pautadas em conhecimento, habilidades e atitudes contribuem para a certificação de que o estudante está tomando o caminho correto.

Nessa categoria, a maioria dos 27 estudantes respondeu sentirem-se seguros em atender um paciente crítico, na mesma sintonia com a segunda categoria.

Dentro da subcategoria, denominada Segurança no atendimento sozinho, emergiu a Unidade de resposta Experiencia, onde os seguintes discursos estão alinhados com a necessidade de adquirir maior experiência, mas com a ciência de que essa vem com o tempo:

“Me senti ‘mais’ segura que antes, porém ainda tenho que estudar muito, vivenciar o ambiente crítico por mais tempo e me preparar psicologicamente para me sentir verdadeiramente segura. Preciso principalmente, estudar as particularidades do atendimento e manejo desses pacientes. E ainda assim, acredito que não vou ser 100% segura nas condutas.” **(E3)**

“Sim, mas somente o atendimento inicial. A continuidade do atendimento e manejo subsequente necessitaria de ajuda.” **(E5)**

“Me senti preparada, segurança acredito que conquistamos com o decorrer da prática médica.” **(E6)**

“Creio que a questão do reconhecimento é mais segura que prestar o atendimento, porém creio que a questão da conduta a gente vai pegando experiência com o tempo, porém tudo graças a um bom ensinamento de nossos bons preceptores.” **(E12)**

“Sinto-me mais seguro em realizar atendimento das ocorrências mais comuns, necessitando de maior experiência para desenvolver confiança.” **(E13)**

“Me sinto muito mais preparada sim, porém ainda falta experiência.” **(E14)**

“Sim. As atividades teórico-práticas possibilitaram agregar conhecimento e confiança, além dos preceptores auxiliarem durante as atividades.” **(E26)**

A segunda subcategoria foi chamada Segurança no atendimento com supervisão, e dentro dela foi possível perceber a Unidade de resposta Presença.

O internato médico é o processo técnico de pós-graduação médica com treinamento teórico e prático, com objetivo de que o médico se torne qualificado para as práticas tecnicamente diferenciadas de cada uma das especialidades reconhecidas no Brasil. (LINHARES et al., 2015).

Os discursos a seguir mostram a percepção da importância do preceptor nesse momento, nesses casos criando a sensação de segurança:

“Senti segurança, porque sempre havia o preceptor auxiliando no diagnóstico, reconhecimento de complicações e no manejo do paciente crítico. No entanto penso que perderia essa segurança caso estivesse sozinho em um plantão, manejando pacientes graves.” (E2)

“A confiança no reconhecimento é maior que no atendimento a esses doentes. Por se tratarem de casos delicados, onde ajustes pequenos nas condutas podem tanto melhorar quanto agravar a situação do paciente. Ainda me sinto insegura em tomar medidas sem supervisão/orientação de um profissional experiente.” (E4)

“Não. Apesar de ter adquirido boas capacidades para avaliação do paciente grave, não me sinto seguro para atender/prescrever sozinha este tipo de paciente.” (E7)

Os discursos destacados nessa pesquisa mostraram que o estudante percebe a oportunidade desse estágio, e que em sua maioria perceberam mudanças em sua confiança e segurança para reconhecer e iniciar o tratamento a um paciente grave.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do objetivo de apreender a percepção do estudante de Medicina sobre a formação para o atendimento a pacientes críticos foi possível ter contato com algumas considerações dos estudantes frente ao estágio na Medicina Intensiva.

Embora a Medicina Intensiva tenha um caráter de especialização, o aprendizado inserido dentro deste cenário em relação ao paciente crítico complementa a formação do médico de forma a atingir as prerrogativas das DCNs, onde o egresso seja capaz de atuar em todas as instâncias de cuidado à saúde. Assim, esse estágio torna-se fundamental para essa formação completa.

Além do ganho de conhecimento, que não foi mensurado numericamente, questionou-se a confiança e segurança do estudante frente ao paciente crítico. Com grande parte de respostas afirmativas, pode-se entender que além do caráter de conhecimento, ocorre um ganho em amadurecimento, após os estudantes terem sido colocados frente a frente a situações extremas, onde é necessária uma atuação rápida, porém com caráter de atendimento humanizado e ético

O estágio na Medicina Intensiva faz parte do currículo do internato em diversas instituições de ensino superior pelo Brasil, porém são escassos os estudos a respeito deste na formação do médico, com poucos dados a respeito da forma com que esses estágios são realizados, tempo, competências a serem alcançadas. Por certo é uma área abrangente para inúmeras pesquisas, necessitando de maiores informações de como esse estágio é ofertado e aproveitado.

O intuito dessa pesquisa foi alcançar o estudante, sua percepção frente ao preparo para atendimentos de situações críticas. Não foi levada em consideração, nesse momento, a percepção dos preceptores que acompanharam esses estudantes, através da avaliação de aptidão para o atendimento ao paciente grave, que poderá ser abordado em outro momento.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Alessandro de Moura et al. Medicina Intensiva na Graduação Médica: Perspectiva do Estudante. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 4, p.456-462, out. 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbti/v19n4/a09v19n4.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2018.
- ALMEIDA FILHO, Naomar. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p.2234-2249, dez. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2010001200003>>. Acesso em: 12 mai. 2019.
- ARBEX, Márcio Antonio. **GUIA ELETRÔNICO DE ORIENTAÇÃO PARA A PRÁTICA DOS ALUNOS DO INTERNATO DE MEDICINA NA UTI: UMA PROPOSTA DE RECURSO EDUCACIONAL**. 2013. 108 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Ensino em Ciências da Saúde, UniFOA - Centro Universitário Volta Redonda, Volta Redonda, 2013. Disponível em: <http://sites.unifoa.edu.br/portal_ensino/mestrado/mecma/arquivos/2013/10.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2019
- ARCOVERDE, Tarcísio Lins. **FORMAÇÃO MÉDICA: (DES)CONSTRUÇÃO DO SENTIDO DA PROFISSÃO – A TRAJETÓRIA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL**. 2004. 130 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2004.
- BATE, Emily et al. Problem-based learning (PBL): Getting the most out of your students – Their roles and responsibilities. **Medical Teacher**, [s.l.], v. 36, n. 1, p.1-12, 2 dez. 2013.
- BATISTA, Sylvia Helena da Silva. A interdisciplinaridade no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 30, n. 1, p.39-46, abr. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022006000100007>>. Acesso em: 5 maio 2019.
- BOLLELA, Valdes Roberto; MACHADO, José Lúcio Martins. O Currículo por Competências e sua Relação com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina. **Science in Health**, v. 1, n. 2, p. 126–168, 2010.
- CREMESP. Medicina Intensiva. *In*: CREMESP. **Medicina Intensiva**. São Paulo, julho 2009. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1183>. Acesso em: 8 maio. 2019.
- CUCHI, Maristela. **HUMANIZAÇÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE UM HOSPITAL PÚBLICO EM MATO GROSSO**. 2014. 41 f. Dissertação (Mestrado) - Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva, Sorriso, 2009.
- EDLER, Flavio; FONSECA, Maria Rachel Fróes da. A Formação Médica e o Nascimento da Anatomoclínica. **Cadernos ABEM**, São Paulo, v. 2, p. 13-14, junho 2006a. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/wp->

content/uploads/2019/09/CadernosABEM__Vol02.pdf. Acesso em: 4 mai. 2019.

EDLER, Flavio; FONSECA, Maria Rachel Fróes da. Ensino Médico nas Conferências Populares da Glória (1873-1880). **Cadernos ABEM**, São Paulo, v. 2, p. 15-16, junho 2006b. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM__Vol02.pdf. Acesso em: 4 mai. 2019.

EDLER, Flavio; FONSECA, Maria Rachel Fróes da. O Surgimento da Medicina Experimental e Reforma Curricular. **Cadernos ABEM**, São Paulo, v. 2, p. 17-18, junho 2006c. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM__Vol02.pdf. Acesso em: 4 mai. 2019.

EDLER, Flavio; FONSECA, Maria Rachel Fróes da. O Ensino Médico no Cenário Republicano. **Cadernos ABEM**, São Paulo, v. 2, p. 19-20, junho 2006d. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM__Vol02.pdf. Acesso em: 4 mai. 2019.

EDLER, Flavio; FONSECA, Maria Rachel Fróes da. A Crise na Educação Médica na Segunda Metade do Século XX. **Cadernos ABEM**, São Paulo, v. 2, p. 21-22, junho 2006e. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM__Vol02.pdf. Acesso em: 4 mai. 2019.

EDLER, Flavio; FONSECA, Maria Rachel Fróes da. Tendências da Educação Médica nas Décadas de 1950-1960. **Cadernos ABEM**, São Paulo, v. 2, p. 23-24, junho 2006f. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM__Vol02.pdf. Acesso em: 4 mai. 2019.

FERLA, Alcindo Antonio. Avaliação CINAEM do Ensino Médico: medicalização ou inovação. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, [s.l.], v. 3, p.53-64, jan. 2000. Disponível em: <<http://periodicos.uniso.br/ojs/index.php/avaliacao/article/view/992>>. Acesso em: 20 abr. 2019

FESSLER, Henry E. Undergraduate medical education in critical care. **Critical Care Medicine**, v. 40, n. 11, p. 3065–3069, 2012.

FERREIRA, José Roberto. A Formação do Médico Generalista - Contextualização Histórica. **Cadernos da Abem**, São Paulo, v. 2, p.41-45, jun. 2006. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM__Vol02.pdf>. Acesso em: 10 maio 2019.

FREITAS, Leticia Silveira; RIBEIRO, Marina Franklin; BARATA, Jaqueline Lara Marques. O desenvolvimento de competências na formação médica: os desafios de se conciliar as Diretrizes Curriculares Nacionais num cenário educacional em transformação. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 28, p. 1–8, 2018.

GIL, Antonio Carlos. Entrevista. In: GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2008. Cap. 11. p. 109-109.

JONES, Russel W. Education and Training Problem-based Learning: Description, Advantages, Disadvantages and Facilitation. **Anaesth Intensive Care**, v. 34, p. 485–488, 2006.

KHAN, Nasser et al. Twelve tips on how to establish a new undergraduate firm on a critical care unit. **Medical Teacher**, [s.l.], v. 39, n. 3, p.244-249, 26 dez. 2016.

LAMPERT, Jadete Barbosa. Dois Séculos de Escolas Médicas no Brasil e a Avaliação do Ensino Médico no Panorama Atual e Perspectivas. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador, v. 70, p.31-37, jan. 2008. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/adm/arquivos/artigo05_2008sup1%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 10 maio 2019.

LINHARES, José Juvenal et al. Construction of a competence-based curriculum for internship in obstetrics and gynecology within the medical course at the Federal University of Ceará (Sobral campus). **Sao Paulo Medical Journal**, v. 133, n. 3, p. 264–270, 2015.

MACHADO, Clarisse Daminelli Borges; WUO, Andrea; HEINZLE, Marcia. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, p.66-73, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v42n4/1981-5271-rbem-42-4-0066.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2019.

MEIRELES, Maria Alexandra de Carvalho; FERNANDES, Cássia do Carmo Pires; SILVA, Lorena Souza. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 2, p. 67–78, 2019.

MINAYO, Maria Cecília. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília. **Pesquisa Social: Teoria, métodos e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 9-27.

MINAYO, Maria Cecília. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da União**, p. 8–11, 2014.

MISSAKA, Herbert. **A prática pedagógica dos preceptores do internato em emergência e medicina intensiva de um serviço público não universitário**. 2010. 66 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Educação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MITRE, Sandra Minardi et al. Active teaching-learning methodologies in health education: Current debates [Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: Debates atuais]. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2133–2144, 2008.

MORAES, Ana Paula Pierre de; ARAÚJO, Gutemberg Fernandes de; CASTRO, César Augusto. Terapia Intensiva na Graduação Médica: Os Porquês. **Revista Brasileira de**

Terapia Intensiva, São Paulo, v. 16, p.45-48, jan. 2004.

MUNARETTO, Lorimar Francisco; CORRÊA, Hamilton Luiz; CUNHA, Julio Araújo Carneiro da. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. **Revista de Administração da Universidade Federal de Santa Maria**, Santa Maria, v. 6, n. 1, p.9-24, mar. 2013. Trimestral. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2734/273428927002.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2020.

NASCIMENTO, Diego Teixeira et al. Avaliação dos estágios extracurriculares de medicina em unidade de terapia intensiva adulto. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 20, p.355-361, out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n4/v20n4a07.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2019.

O'CONNOR, Enda et al. A qualitative study of undergraduate clerkships in the intensive care unit: It's a Brand New World. **Perspectives on Medical Education**, [s.l.], v. 6, n. 3, p.173-181, 7 abr. 2017.

ORLANDO, José Maria da Costa. Uma Viagem no Tempo. In: ATHENEU (Ed 1ª). . **UTIs Contemporâneas**. São Paulo: [s.n.]. p. 5–45.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROS, Marco Aurélio da. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 32, n. 4, p.492-499, dez. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022008000400012>>. Acesso em: 5 maio 2018.

PASCHOAL, Ilma Aparecida; VILLALBA, Wander de Oliveira; PEREIRA, Mônica Corso. Insuficiência respiratória crônica nas doenças neuromusculares: diagnóstico e tratamento. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [s.l.], v. 33, n. 1, p.81-92, fev. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1806-37132007000100016>>. Acesso em: 20 abr. 2019

RISTAGNO, Giuseppe.; WEIL, Max Harry. History of Critical Care Medicine: The Past, the Present and the Future. **Intensive And Critical Care Medicine**, [s.l.], p.3-17, 2009.

SIQUEIRA, Benedictus Philadelpho de. CINAEM - UM POUCO DE SUA HISTÓRIA. **Cadernos da Abem**, São Paulo, v. 2, p.54-56, jun. 2006. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM__Vol02.pdf>. Acesso em: 10 maio 2019.

VINCENT, Jean-Louis. Critical care: where have we been and where are we going? **Vincent Critical Care**, v. 17, n. Suppl 1, p. 52, 2013.

WEIL, Max Harry; TANG, Wanchun. From Intensive Care to Critical Care Medicine. **American Journal of Respiratory And Critical Care Medicine**, [s.l.], v. 183, n. 11, p.1451-1453, jun. 2011.

WHEREAT, Sarah E.; MCLEAN, Anthony S.. Survey of the current status of teaching intensive care medicine in Australia and New Zealand medical schools. **Critical Care Medicine**, [s.l.], v. 40, n. 2, p.430-434, fev. 2012.

7. ANEXO

FACULDADE PEQUENO
PRÍNCIPE - FPP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Percepção do Estudante de Medicina Frente ao Atendimento a um Paciente Crítico

Pesquisador: Michelle Simão

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 17644819.0.0000.5580

Instituição Proponente: Faculdade Pequeno Príncipe

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.621.101

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, por meio de questionário aberto sobre a percepção de alunos do curso de Medicina sobre a sua segurança em atender a um paciente agudamente enfermo (respostas serão analisadas sob forma de análise de conteúdo, segundo Minayo). A pesquisa se dará com 32 alunos do décimo primeiro período do curso de medicina, após terem concluído o rodízio na Medicina Intensiva sobre a sua segurança em atender a um paciente agudamente enfermo. A intenção é apreender se esse aluno que já passou pelo estágio na Medicina Intensiva sente-se seguro em prestar atendimento a pacientes criticamente doentes. Isso porque o jovem médico recém formado depara-se inúmeras vezes com pacientes graves, que precisam de um atendimento adequado, no momento adequado, no ambiente onde estiver, não podendo sempre contar com uma vaga de imediato nas unidades de terapia intensiva.

Critérios de Inclusão:

Os participantes desta pesquisa serão os alunos do curso de Medicina do décimo primeiro de uma Instituição de Ensino Superior, que terão contato com o rodízio em Medicina Intensiva, que se iniciará em julho de 2019 até dezembro de 2019, contando com aproximadamente 32 participantes, amostra desenhada pelo modelo do próprio internato, com duas turmas de 8 alunos, com duração de sessenta dias. Estão incluídos todos os alunos que estiverem regularmente matriculados no Curso de Medicina na Instituição de Ensino Superior referida, no

décimo primeiro período e que concluíram o rodízio na Medicina Intensiva.

Critério de Exclusão:

Serão excluídos do estudo os estudantes que não concluíram o rodízio da Medicina Intensiva.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Apreender a percepção do estudante de medicina sobre o atendimento a pacientes criticamente doentes ou agudamente enfermos, que precisam de suporte intensivo, após o rodízio na Medicina Intensiva.

Objetivo Secundário:

Captar se o aluno do internato, prestes a se formar, sente-se apto para atender a pacientes que apresentam deterioração aguda do seu estado de saúde, seja internado em unidades de terapia intensiva, em unidades de internação ou unidades de pronto atendimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Pode haver riscos decorrentes da pesquisa relacionados à perda de anonimato dos participantes e sua identificação, risco de condicionar a participação do estudante ao seu desempenho no estágio. Pode também haver risco de discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado pelas respostas aos questionários, risco de divulgação de dados confidenciais. Para minimizar estes riscos a pesquisadora se compromete a preservar a identificação dos sujeitos de pesquisa, por meio de codificação das informações que serão obtidas, garantindo que não possam ser identificadas. Também deixará bem claro que os estudantes tem total liberdade em não participar da pesquisa, sem, em hipótese alguma incorrer no risco de sua decisão ser vinculada à sua nota. Os documentos contendo as respostas não terão o nome dos participantes e ficarão sob posse dos pesquisadores, não sendo divulgados em momento nenhum a terceiros.

Benefícios:

Os benefícios desta pesquisa estão em poder captar se houve o desenvolvimento de segurança para atender pacientes agudamente enfermos após o período de estágio na Medicina Intensiva, segurança essa que pode garantir uma excelência no atendimento prestados a esses doentes, o que pode acarretar em mudança no prognóstico dos mesmos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema de pesquisa relevante. O sistema de saúde pode não comportar toda a demanda no tempo adequado, assim, médicos preparados para cuidar de pacientes graves, no momento adequado, no ambiente onde estiver, não podendo sempre contar com uma vaga de imediato nas unidades de terapia intensiva é muito importante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram inseridos de acordo com a Res. 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/2012, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatórios de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-FPP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1384122.pdf	25/09/2019 20:25:52		Aceito
Outros	carta_pendencia_versao3.pdf	25/09/2019 20:25:22	Michelle Simão	Aceito
Outros	carta_pendencia_versao2.pdf	25/09/2019 20:25:07	Michelle Simão	Aceito
Outros	carta_pendencia_versao1.pdf	25/09/2019 20:24:43	Michelle Simão	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Dissertacao_Percepcao_PB.docx	29/08/2019 19:00:04	Michelle Simão	Aceito

Investigador	Dissertacao_Percepcao_PB.docx	29/08/2019 19:00:04	Michelle Simão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	29/08/2019 18:57:51	Michelle Simão	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	29/07/2019 16:21:33	Michelle Simão	Aceito
Outros	cronograma.pdf	16/07/2019 23:27:43	Michelle Simão	Aceito
Outros	endereco_lattes.docx	16/07/2019 23:09:22	Michelle Simão	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	16/07/2019 23:08:29	Michelle Simão	Aceito
Outros	Instrumento_de_pesquisa.docx	10/07/2019 19:51:22	Michelle Simão	Aceito
Outros	termo_confidencialidade.pdf	10/07/2019 17:59:35	Michelle Simão	Aceito
Outros	autorizacao_coordenacao.pdf	03/07/2019 16:36:48	Michelle Simão	Aceito
Outros	autorizacao_instituicao.pdf	03/07/2019 16:36:06	Michelle Simão	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 04 de Outubro de 2019

Assinado por:
Maria Cecilia Da Lozzo Garbelini
(Coordenador(a))

8. APENDICE

8.1 APENDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo denominado **A Percepção do Estudante de Medicina Frente ao Atendimento a um Paciente Crítico**, cujo objetivo é a apreensão da percepção do estudante de medicina sobre o atendimento a pacientes criticamente doentes que precisam de suporte intensivo, após o rodízio na Medicina Intensiva. Como justificativa tem-se reconhecimento da importância de um atendimento de qualidade a doentes graves, por vezes realizada por médicos não intensivistas, mas que uma conduta inicial adequada impacta na condição de melhora deste paciente.

Sua participação no referido estudo será no sentido de responder a um questionário aberto com três questões a respeito de sua percepção a respeito do atendimento a um paciente criticamente doente.

Os benefícios desta pesquisa são o reconhecimento da segurança no atendimento a um doente crítico.

Pode haver riscos decorrentes da pesquisa relacionados à perda de anonimato dos participantes, risco de condicionar a participação do estudante ao seu desempenho no estágio. Pode também haver risco de discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado pela resposta aos questionários, risco de divulgação de dados confidenciais.

Para minimizar estes riscos a pesquisadora se compromete a preservar a identificação dos sujeitos de pesquisa, por meio de codificação das informações que serão obtidas, garantindo que não possam ser identificadas. Também deixará bem claro que os estudantes tem total liberdade em não participar da pesquisa, sem, em hipótese alguma incorrer no risco de sua decisão ser vinculada à sua nota. Os documentos contendo as respostas não terão o nome dos participantes e ficarão sob posse dos pesquisadores, não sendo divulgados em momento nenhum a terceiros.

As informações serão obtidas de maneira a respeitar a privacidade dos participantes, mantidos em anonimato e as respostas visam apenas ao presente estudo, não interferindo na nota do aluno na sua formação.

Poderá se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar.

O pesquisador envolvido com o referido projeto é Michelle Simão, mestranda em Ensino nas Ciências da Saúde, das Faculdades Pequeno Príncipe, com a qual poderá manter

contato pelo telefone (41) 99922-2643. Se tiver dúvidas referentes ao projeto de pesquisa poderá manter contato com o Comitê de Ética pelo número (41) 3310-1512. Também haverá assistência integral, gratuita e imediata por parte da pesquisadora.

É também 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 na pesquisa.

Não haverá nenhum valor econômico a receber ou a pagar por sua participação.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Pequeno Príncipe – CEP/FPP sob o parecer n^o:3.621.101

Tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o que aqui foi mencionado, se compreendeu a natureza e o objetivo do referido neste estudo e se deseja participar do mesmo, pode, por favor, manifestar seu consentimento?

Sim, li e me foi esclarecido todo o conteúdo do termo acima. Além disso, estou recebendo uma cópia deste termo, assinado pelo pesquisador.

Nome e RG do participante:

Assinatura do participante da pesquisa

Declaro que obtive de forma apropriada o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante de pesquisa, representante legal ou assistente legal para a participação neste estudo, e atesto veracidade nas informações contidas neste documento de acordo resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

(nome e assinatura do pesquisador responsável)

Curitiba, _____ de _____ de 2019

8.2 APENDICE 2

Instrumento de Pesquisa

Identificação pesquisa _____

Questionário sobre Percepção Frente ao Atendimento ao Paciente Crítico.

Orientações

- a. Responda da maneira que julgar apropriado, sem limites de linhas ou palavras.
 - b. Esse questionário não terá nenhuma influência na sua nota referente ao estágio
1. Fale sobre a percepção você tem sobre seu aprendizado frente ao reconhecimento e atendimento ao paciente criticamente doente.

2. Considerando o seu aprendizado durante o estágio na Medicina Intensiva, você sentiu-se preparado, confiante em reconhecer um paciente crítico, que precise de atendimento imediato?

3. Considerando seu conhecimento adquirido durante o estágio na Medicina Intensiva, você sentiu-se seguro ao prestar atendimento a um paciente crítico, com necessidade de atendimento imediato?
