

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

SIMÃO, Michelle<sup>1</sup>  
RIBEIRO, Elaine Rossi<sup>2</sup>  
ESTEVES, Roberto Zonato<sup>3</sup>

## RESUMO

O Internato Médico desenvolve-se em vários cenários, entre eles, na Medicina Intensiva, onde os internos têm contato com pacientes críticos, motivando uma reflexão sobre o próprio preparo para estas situações. Com o objetivo de apreender a percepção do estudante de Medicina sobre a sua formação para o atendimento a pacientes graves, realizou-se uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. Através das entrevistas com estudantes foram definidas três pré-categorias, sendo Percepção do aprendizado no estágio da UTI; Confiança no reconhecimento do paciente crítico e Segurança no atendimento ao paciente crítico. As unidades de respostas permitiram apreender as percepções sobre a própria formação e competência para a atenção à saúde em situações críticas. Este estudo evidenciou, pelo olhar dos internos, a importância do estágio para o reconhecimento e atenção, assim como confiança e segurança no atendimento a pacientes críticos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Terapia intensiva. Estudantes de medicina. Assistência ao paciente. Internato e residência.

## THE MEDICAL STUDENT'S PERCEPTION ABOUT CARE TO CRITICAL PATIENT

## ABSTRACT

The Medical Internship develops in several scenarios, such as Intensive Care Medicine, where students have contact with critically ill patients, motivating a reflection on their own preparation for these situations. For apprehending the perception of Medical students about their preparedness for critical patients care, we carried out an exploratory research of qualitative approach. Three categories were predefined: Perception of learning in the ICU stage; Confidence in critical patient recognition and safety in critical patient care. The units of responses allowed to apprehending the perceptions about their own formation and competence for attention in critical situations. This study showed from the interns' view the importance of the internship for recognition and attention, as well as in the trust and safety in care, to critically ill patients.

**KEYWORDS:** Critical Care. Medical students. Patient care. Internship and residency

## 1. INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva, organizadas como setores fechados, foram tomando forma ao longo da 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. (ORLANDO, 2008)

A partir da década de 1960, percebeu-se a necessidade de uma equipe especializada para o cuidado desses pacientes. (ALMEIDA *et al*, 2007)

O internato médico é o período em que o acadêmico de medicina deve vivenciar o aprendizado e desenvolver competências para a prática médica. Seu currículo deve ser organizado a fim de proporcionar oportunidades de aprendizagem que representem a realidade do exercício da medicina. (TEIXEIRA, 2013)

---

<sup>1</sup> Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: [misimao@gmail.com](mailto:misimao@gmail.com)

<sup>2</sup> Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil.

Há um aumento anual na demanda para atendimento ao doente crítico, levando à necessidade de equipes especializadas com mais e melhores médicos aptos ao atendimento a esses pacientes.

Um paciente crítico é definido como um paciente que está sob risco de descompensação ou um paciente que está instável fisiologicamente, requerendo constante observação e ajuste terapêutico minuto a minuto de acordo com a evolução do processo da doença. (BRILLI, 2001) e o cuidado crítico envolve habilidades em conhecimento, prática, atitude e resolução de problemas para reconhecimento e manejo precoce de pacientes críticos, envolvendo elementos de medicina de emergência, medicina intensiva, anestesiologia, além de alguns conhecimentos cirúrgicos pontuais. (HARRISON *et al*, 1999).

Muitos pacientes candidatos a internamento em Unidades de Terapia Intensiva apresentam o quadro inicial fora dessas unidades, sendo que o médico que estiver prestando atendimento nesses locais deve estar apto para reconhecer esses quadros, iniciar as condutas assertivas e por vezes manter esse paciente sob seus cuidados até poder transferir para um leito de UTI.

A falta de leitos em Unidades de Terapia Intensiva nos hospitais, sobretudo do SUS, sobrecarrega os serviços de emergência, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

Essas UPAs possuem uma grande necessidade imensa de mão de obra médica, muitas vezes preenchida por médicos recém-formados, que contam apenas com o conhecimento adquirido na graduação. Esses médicos, quando estiverem de plantão, invariavelmente irão se deparar com doentes críticos.

Ainda mais recentemente, a pandemia de SARS-COV19 mostra a importância do conhecimento sobre pacientes críticos, onde médicos recém formados se depararam com situações que normalmente são vivenciadas dentro das unidades de terapia intensiva, mas em um ambiente externo.

O estágio em Unidades de Terapia Intensiva durante o internato tem a missão de dar ao estudante a capacidade de atuar com competência frente a um paciente crítico.

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

O objetivo deste estudo foi apreender a percepção do estudante de Medicina sobre a sua formação para o atendimento a pacientes graves, com indicação de cuidados intensivos, além de captar se estes se sentem aptos para esse atendimento.

## **2. REFERENCIAL TEORICO**

### **2.1 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.

#### **2.1.1 A Educação Médica no Brasil no Século XX**

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, 2006c)

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, 2006b)

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 do 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)

## 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, p. 19).

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, p. 22).

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, p. 21).

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, p. 24)

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)

### 2.3 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*, 2016)

Faz parte da função do internista reconhecer sinais de gravidade quando o paciente se encontra agudamente doente, chamar o intensivista nos momentos certos, obter as informações relevantes sobre o paciente e ter determinado os objetivos de cuidados. (CULLATI *et al*, 2018)

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 estágio 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 METODOLOGIA**

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 da cidade de Curitiba, Paraná.

Os participantes desta pesquisa foram os estudantes regularmente matriculados no Curso de Medicina de NN, no décimo primeiro período e que concluíram o estágio de quatro semanas na Medicina Intensiva no período de julho a dezembro de 2019. Foram excluídos do estudo os estudantes que não concluíram o estágio 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.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) institucional, sob o número do CAAE 17644819.0.0000.5580 em 04 de outubro de 2019.

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

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

O instrumento de pesquisa continha três perguntas norteadoras correspondendo às três categorias pré-definidas, de acordo com o objetivo do estudo.

A primeira, onde foi solicitado que o aluno 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 abordou 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 abordou 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.

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 (MINAYO, 2014).

As subcategorias foram evidenciadas 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. 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 de quatro semanas na Medicina Intensiva.

A referida turma entrevistada consta com 47 alunos matriculados, sendo que 30 já haviam concluído o estágio da Medicina Intensiva. Dos 30 estudantes considerados aptos, 27 responderam ao questionário.

São 3 Unidades de Terapia Intensiva que compõem o internato, todas com atendimento ao SUS, sendo uma delas voltada a atendimento ao trauma, outra com atendimento clínico e pós operatório em cirurgia de grande porte, e a terceira atendimento clínico, cirúrgico e politraumatizado.

Todas as três UTIs comportam em seu corpo clínico um médico intensivista diarista e coordenador, um médico plantonista, equipe de fisioterapia, enfermagem, psicologia e fonoaudiologia.

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

A partir das categorias pré estabelecidas foi possível a ordenação dos dados em subcategorias e unidades de resposta (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 paliativos
		Análise dos problemas
		Reconhecimento da gravidade
		Atendimento fora da UTI
		Competências
	Metodologia de Ensino	Metodologias Ativas
		Integração das disciplinas
Sentimento	Medo, insegurança, ansiedade	
Confiança no reconhecimento ao paciente crítico		Confiante
		Não confiante
Segurança no atendimento ao paciente crítico		Segurança no atendimento sozinho
		Segurança no atendimento com supervisão

Fonte: Autores (2020)

#### 4.1 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: Importância do estágio em UTI, Metodologia de Ensino e Sentimento, sendo que da primeira subcategoria emergiram sete unidades de resposta.

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 nela identificamos sete unidades de resposta.

#### 4.1.1 Unidade de Resposta 1: 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 ao 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)

#### 4.1.2 Unidade de resposta 2: 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)

#### 4.1.3 Unidade de resposta 3: Comunicação e cuidados paliativos

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)

#### 4.1.4 Unidade de resposta 4: Análise dos problemas

De acordo com Moraes *et al* (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)

#### 4.1.5 Unidade de resposta 5: reconhecimento de gravidade

A Medicina Intensiva abrange habilidades e atitudes no reconhecimento e manuseio de pacientes gravemente enfermos (ALMEIDA *et al*, 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)

#### 4.1.6 Unidade de resposta 6: 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)

#### 4.1.7 Unidade de resposta 7: Competências

Segundo Moraes *et al* (2004), apesar de ser uma área cujas competências são melhor desenvolvidas na 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 inserido em metodologias ativas, sob o formato PBL (*Problem-based Learning*), onde o estudante participa ativamente de sua formação e os professores tornam-se facilitadores dessa aprendizagem. De acordo com Mitre *et al* (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 à metodologia e às oportunidades de aprendizado sobre temas inerentes à 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.

#### 4.2 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 gravidade da situação. 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.

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 que possibilita o exercício prático da medicina e 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).

Na unidade de resposta 1 denominada Confiante, seguem alguns discursos para ilustrar:

“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)



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 e McLean (2012) mostram que uma parcela considerável da literatura por eles pesquisada indicava que o médico recém-formado não está suficientemente preparado para o manejo do paciente crítico dentro do hospital.

Buchman *et al* (1992) evidenciaram carências nas habilidades básicas inerentes a Medicina Intensiva, tais como iniciar intervenções em situações de emergência.

Nessa unidade de resposta denominada ‘Não Confiante’, o discurso mais usado foi sobre a dificuldade da prática sem supervisão e o impacto de uma conduta errada:

“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)

#### 4.3 Categoria 3: Segurança no Atendimento ao Paciente Crítico

Dessa categoria emergiram duas subcategorias, também com *status* de unidade de resposta, dado a maneira com que foi realizado o questionamento.

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.

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 primeira unidade de resposta, denominada Segurança no atendimento sozinho, 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 unidade de resposta foi chamada Segurança no atendimento com supervisão.

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.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A aproximação dos estudantes com a UTI contribui para a melhoria de seu comportamento como um todo, tornando-os mais confiantes e mais aptos ao atendimento dos pacientes críticos (TEIXEIRA *et al*, 2015).

Embora a Medicina Intensiva tenha um caráter de subespecialização, o aprendizado inserido neste 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.

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 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.

Nesse momento não foi levado em consideração a percepção dos preceptores que acompanharam esses estudantes, o que poderia se configurar como proposta de continuidade deste estudo.

No entanto, este estudo, que buscou apreender a percepção do estudante, pode trazer à tona uma gama de reflexões para além da legislação sobre a formação em medicina, mas revela, diante das categorias construídas, um currículo oculto, com participação de docentes engajados, estudantes estimulados, cenários de práticas escolhidos com precisão. E ainda, um currículo formal em vigência, explícito, legitima tais categorias quando conceitualmente mostra-se integrado, aplicando sistematicamente metodologias ativas as quais epistemologicamente colocam o estudante não como figura tangencial ao processo de ensino-aprendizagem, mas responsável pelo seu próprio aprendizado e conseqüente formação.

A percepção do aprendizado durante o estágio na UTI revela a confiança e segurança tanto no reconhecimento quanto no atendimento ao Paciente Crítico. Esta é a evidencia retratada neste estudo, a qual vem corroborar e fortalecer os pressupostos teóricos, metodológicos e filosóficos do currículo que norteia o desenvolvimento do curso onde tais estudantes estão inseridos.

## 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](http://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](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.

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.

BRILLI, R.J. *et al* Critical care delivery in the intensive care unit: defining clinical roles and the best practice model. **Crit Care Med**, v.29, n. 10, p. 2007-2019, 2001

BUCHMAN, T.G. *et al* Undergraduate education in critical care medicine. **Crit Care Med**, v. 20, p. 1595-1603, 1992.

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.

CULLATI, Stéphane; HUDELSON, Patricia; RICOU, Bara; NENDAZ, Mathieu; PERNEGER, Thomas V.; ESCHER, Monica. Internists' and intensivists' roles in intensive care admission decisions: a qualitative study. **Bmc Health Services Research**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 620-629, 8 ago. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3438->

6. Acesso em: 10 maio 2020.

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](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 2006b. Disponível em: [https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM\\_\\_Vol02.pdf](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 2006c. Disponível em: [https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM\\_\\_Vol02.pdf](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

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](https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM__Vol02.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2019.

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

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.

HARRISON, G.A. *et al* The need for undergraduate education in critical care: results of a questionnaire to 6 medical undergraduates, University of New South Wales and recommendations on a curriculum in critical care. **Anaesth Intensive Care**, v. 27, n. 1, p. 53-28, Fev. 1999

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](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.

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

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

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 1<sup>a</sup>). . **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.

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](https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM__Vol02.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2019.

TEIXEIRA, Luciana de Almeida Silva *et al* Internato Médico: o desafio da diversificação dos cenários da prática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 39, n. 2, p. 226-232, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e00332014>.

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.