

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE - CEDESS
MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

PATRICIA TAVARES DA SILVA CANDIDO

**O INTERNATO MÉDICO APÓS AS
DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DE 2014:
um estudo em escolas médicas do Estado do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de
São Paulo para obtenção do título de Mestre
Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

São Paulo

2017

PATRICIA TAVARES DA SILVA CANDIDO

**O INTERNATO MÉDICO APÓS AS
DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DE 2014:
um estudo em escolas médicas do Estado do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Coorientadora: Profa. Dra. Simone Regina Souza da Silva Conde

São Paulo

2017

Candido, Patricia Tavares da Silva

O internato médico após as diretrizes curriculares nacionais de 2014: um estudo em escolas médicas do Estado do Rio de Janeiro/ Patricia Tavares da Silva Candido. São Paulo, 2017.

147 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS.

Título em inglês: The medical internship after the national curricular guidelines of 2014: a study in medical schools of the Atate of Rio de Janeiro

1. Internato Médico. 2. Diretrizes Curriculares. 3. Curso de Medicina. 4. Educação Médica. 5. Escolas Médicas.

PATRICIA TAVARES DA SILVA CANDIDO

**O INTERNATO MÉDICO APÓS AS
DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DE 2014:
um estudo em escolas médicas do Estado do Rio de Janeiro**

São Paulo, 21 de novembro de 2017.

Presidente da Banca: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Prof.^a Dr.^a. Rosana Rossit

Prof. Dr. Guillermo Lopez Lopez

Prof. Dr. Álvaro José Martins de Oliveira Veiga

*Dedico este trabalho à minha família
que esteve ao meu lado durante toda essa jornada,
que suportou a minha ausência física
até nos momentos em que estive presente.
Sempre conseguiram entender a minha dedicação a este importante projeto.
Ao Seu Antônio, pai querido e meu exemplo e inspiração.
Saudades eternas!*

Agradecimentos

Agradeço, imensamente, ao meu marido, Érick, que, desde o momento que optamos por compartilhar nossas vidas, sempre apoiou os meus projetos pessoais e profissionais. Sem o seu apoio e dedicação, a mim e a nossa família, nunca poderia ter realizado tantos sonhos.

À minha filha, Luisa, meu maior e mais genuíno amor que, mesmo tão pequena, sempre compreendeu o meu amor pelos estudos, pela docência e pela Medicina. Espero que um dia me perdoe por ter estado ausente em tantos momentos.

À minha mãe, meu braço direito e esquerdo. Sem você nada disso seria possível, devolhe tudo, você faz com que eu tenha paz para perseguir meus sonhos e objetivos.

Ao querido Professor, Nildo Batista, que, com sua imensa generosidade e paciência, ensinou-me a percorrer os caminhos da pesquisa.

À Faculdade de Medicina de Petrópolis, instituição que amo desde aluna e que hoje me acolhe como docente, por ela também, almejo evoluir.

À estimada Professora, Maria Izabel, que me incentiva, apoia-me e acredita no meu trabalho desde o começo da minha trajetória.

À querida Professora, Derly Streit, grande incentivadora para o meu ingresso no Mestrado Profissional, sempre me estimulou a alçar os voos mais altos. Sempre com uma postura firme e, ao mesmo tempo, carinhosa e amável, exemplo que tento seguir. Não há palavras que possam expressar a minha gratidão.

Ao Professor, Guillermo Lopez Lopez, meu grande mentor, exemplo de integridade, de fidelidade aos princípios. Exerce, diariamente, a generosidade junto aos seus pares e uma imensa dedicação à docência.

Ao querido, Paulo Sá, por ter se tornado um grande amigo e parceiro de trabalho, que me ensina sobre gestão, políticas de saúde, bem como a ter serenidade para enfrentar os problemas e, principalmente, ensina-me a enxergar o próximo com um olhar mais amoroso.

Ao meu querido amigo, Miguel Koury, melhor parceiro que eu poderia ter para dividir esta difícil jornada. As viagens eram mais rápidas e as esperas nas salas de embarque, divertidas. Saber que poderia contar com você, fez com que eu tivesse confiança para seguir em frente.

Ao CEDESS, casa que, aos poucos, foi se tornando um pouco minha também. Aos grandes amigos que fiz: Ana, Audrey, Claudinha, Priscila, Simone Costa, Simone Querino, Bernadete e Cristiano, fundamentais durante todo esse processo. Ficarão para sempre no meu coração.

Aos amigos da enfermagem de Clínica Médica que suportaram uma maior carga de trabalho nas minhas várias ausências, sempre se mostrando dispostos a cooperar.

À minha amiga, Laura Miloski, parceira da minha vida que, mais uma vez, esteve ao meu lado, não há como agradecer.

Resumo

Introdução: Instituídas em 2014, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina contêm várias recomendações, especialmente para o Internato Médico. Apesar do reconhecimento da necessidade de mudanças na educação médica, no que se refere à capacitação profissional para atender as demandas da comunidade, a instituição dessas DCNs foi considerada, por muitos, pouco democrática. O seu processo de implantação pelas Escolas Médicas ainda é pouco estudado. **Objetivos:** Analisar o Internato Médico em Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro, após a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina de 2014, sob a ótica dos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores do Internato. **Metodologia:** Nessa investigação, foram utilizadas abordagens qualitativas e quantitativas, com a participação dos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato. Em março de 2016, o Estado do Rio de Janeiro possuía 19 cursos de medicina em 15 Escolas Médicas. Destes, nove cursos participaram da pesquisa. A população de estudo foi representada por 13 participantes, nove Coordenadores de Curso e quatro Coordenadores de Internato. Foi aplicado um instrumento de pesquisa composto por questões fechadas, abertas e uma escala atitudinal. Para a análise dos dados, a escala foi avaliada por análise estatística e as respostas das questões abertas foram submetidas à análise de conteúdo, na modalidade análise temática. **Resultados e Discussão:** Na visão dos Coordenadores participantes da pesquisa, todas as Escolas Médicas estão em processo de adequação às determinações das DCNs de 2014. A maioria está de acordo com a inclusão obrigatória, no Internato, das áreas de Urgência e Emergência, Atenção Básica e Saúde Mental. Muitas são as dificuldades encontradas no processo de implantação e/ou reestruturação dessas atividades no Internato: a escassez de cenários; precariedade dos cenários existentes na Emergência do Sistema Único de Saúde; falta de docentes/preceptores e o prazo estabelecido para a implantação das Diretrizes. Entretanto, os coordenadores têm planejado/utilizado algumas estratégias como a diversificação dos cenários de prática, a criação de estágios eletivos, o estabelecimento de convênios e parcerias, o desenvolvimento de atividades integradas com outras áreas do Internato e a utilização de laboratórios de simulação realística. **Considerações finais:** As Escolas Médicas vivem um momento de transformação curricular, impulsionado pelas DCNs. Esse momento deve ser encarado como uma oportunidade para revisitar o Internato Médico e, possivelmente, encontrar estratégias para o aprimoramento da formação médica nesse espaço privilegiado da graduação. Acredita-se que a divulgação dos resultados dessa pesquisa possa auxiliar as Escolas Médicas no processo de apropriação e implantação das determinações das DCNs de 2014.

Palavras-chave: Internato Médico. Diretrizes Curriculares. Curso de Medicina. Educação Médica. Escolas Médicas.

Abstract

Introduction: Instituted in 2014, the National Curricular Guidelines (NCG) of the Undergraduate Medical Course contains several recommendations, especially for the Medical Internship. Despite the recognition of the need for changes in medical education, in terms of professional training to meet the demands of the community, instituting these NCG was considered by many to be less democratic and its implementation process by the Medical Schools is still little studied. **Objectives:** to analyze the Medical Internship in Medical Schools of the State of Rio de Janeiro, after instituting the National Curricular Guidelines for the Medical's Undergraduate Course of 2014, according to the Coordinators / Course Directors and Internship Coordinators. **Methodology:** In this research, qualitative and quantitative approaches were used, with the participation of Coordinators / Course Directors and Internship Coordinators. In March 2016, the State of Rio de Janeiro had 19 medical courses in 15 Medical Schools. Of these, nine courses participated in the research. The study population was represented by 13 participants and of these 09 Course Coordinators and 04 Internship Coordinators. We applied a research instrument composed of closed-ended and open-ended questions and an attitudinal scale. For data analysis, the scale was evaluated by statistical analysis and the answers of the open-ended questions were submitted to content analysis, in the thematic analysis modality. **Results and discussion:** In the view of the Coordinators participating in the research, all Medical Schools are in the process of adapting to the NCG's determinations of 2014. The majority are in agreement with the mandatory inclusion of Urgency and Emergency, Primary Care and Mental Health in the Internship areas. There are many difficulties that we encountered in the process of implantation and / or restructuring of these activities in Internship: the scarcity of scenarios; precariousness of the existing scenarios in the Emergency of the Unified Health System; lack of teachers / preceptors; and the deadline established for the implementation of the Guidelines. However, the coordinators have planned / used some strategies such as the diversification of practice scenarios, the creation of elective internships, the establishment of agreements and partnerships, development of integrated activities with other Internships areas and the use of realistic simulation laboratories. **Final considerations:** The Medical Schools live a moment of curricular transformation, encouraged by the NCG. We must see this moment as an opportunity to revisit the Medical Internship and, possibly, to find strategies for the improvement of medical training in this privileged space of the undergraduate. We believe that the dissemination of this research's results can help the Medical Schools in the process of appropriation and implementation of NCG's determinations of 2014.

Keywords: Medical Internship. Curricular Guidelines. Medical Course. Medical Education. Medical Schools.

Lista de Siglas

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
AMB	Associação Médica Brasileira
Caem	Comissão de Avaliação das Escolas Médicas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CES	Câmara de Educação Superior
CFE	Conselho Federal de Educação
CFM	Conselho Federal de Medicina
Cinaem	Comissão Interinstitucional de Avaliação das Escolas Médicas
CNE	Conselho Nacional de Educação
COAPES	Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino Saúde
COBEM	Congresso Brasileiro de Educação Médica
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
IDA	Integração Docente-Assistencial
IES	Instituição de Ensino Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MEC	Ministério de Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
Pet Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
Promed	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
SESu	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UC	Unidades de Contexto
UNI	Uma nova iniciativa na Formação de Profissionais de Saúde: União com a Comunidade
UR	Unidades de Registro

Lista de Quadros

Quadro 1: Perfil dos cursos de medicina das Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro, selecionados para participação na pesquisa	55
Quadro 2: Numeração de cada assertiva e suas respectivas dimensões.....	65
Quadro 3: Intervalo das médias e classificação.	68
Quadro 4: Categorias e subcategorias.....	72

Lista de Gráficos

Gráfico 1:	Distribuição amostral, referente à faixa etária dos participantes da pesquisa.	56
Gráfico 2:	Perfil Geral Atitudinal, por Dimensão, sobre “Opinião/avaliação dos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato sobre as determinações das DCNs de 2014, e as dificuldades apontadas na operacionalização destas determinações no tocante ao Internato Médico”, São Paulo, 2017.	70
Gráfico 3:	Perfil Geral Atitudinal, por assertiva, sobre “Opinião/avaliação dos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato sobre as determinações das DCNs de 2014, e as dificuldades apontadas na operacionalização destas determinações no tocante ao Internato Médico”, São Paulo, 2017.	71
Gráfico 4:	Perfil Geral Atitudinal sobre a Dimensão 1 - Determinações gerais e legais das DCNs de 2014, São Paulo, 2017.....	73
Gráfico 5:	Perfil Geral Atitudinal sobre a assertiva “A inclusão da área de Saúde Mental no Internato Médico deve ser obrigatória, considerando a progressiva reinserção de pacientes com doenças psiquiátricas na sociedade e também no atendimento médico”, São Paulo, 2017.	74
Gráfico 6:	Atividades na área de Saúde Mental no Internato Médico.	75
Gráfico 7:	Perfil Geral Atitudinal sobre a assertiva “O Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Serviço (COAPES) com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde é a opção mais adequada para a garantia de aumento da oferta de campos de prática de qualidade para os estudantes no Internato”, São Paulo, 2017.	77
Gráfico 8:	Perfil Geral Atitudinal sobre a assertiva “Frente ao cenário atual, com a evidente falta de recursos humanos, a obrigatoriedade da preceptoria no Internato Médico ser exercida por profissionais do serviço de saúde com supervisão dos docentes próprios da Instituição de Educação Superior é impossível de ser cumprida”, São Paulo, 2017.....	79
Gráfico 9:	Perfil Geral Atitudinal sobre a assertiva “Dado o grande volume de modificações contidas nas DCNs de 2014 no tocante ao Internato Médico o prazo limite de 31 de dezembro de 2018 para a adequação completa do Internato Médico é insuficiente”, São Paulo, 2017.	80

Gráfico 10: Perfil Geral Atitudinal sobre a assertiva “Os períodos de plantão de até 12 (doze) horas diárias, respeitando o limite de 40 (quarenta) horas semanais, são adequados para propiciar o rendimento no aprendizado e evitar a exaustão do aprendente”, São Paulo, 2017.	82
Gráfico 11: Perfil Geral Atitudinal sobre a assertiva “A elaboração das DCNs de 2014 a partir da Lei dos Mais Médicos foi um avanço significativo para o funcionamento dos Cursos de Graduação em Medicina”, São Paulo, 2017.	83
Gráfico 12: Perfil Geral Atitudinal sobre a Dimensão 2 - Recomendações das DCNs de 2014 para a Atenção Básica e Urgência e Emergência no Internato Médico, São Paulo, 2017.	84
Gráfico 13: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “As atividades voltadas para a Atenção Básica deverão ser realizadas no âmbito da Medicina Geral de Família e Comunidade”, São Paulo, 2017.	85
Gráfico 14: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “A Atenção Básica deve fazer parte do núcleo central das atividades discentes desenvolvidas no Internato Médico, visto que tem capacidade de resolução de 80% dos problemas de saúde da população”, São Paulo, 2017.	86
Gráfico 15: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “O treinamento do interno na área de Saúde Mental no Internato Médico deve ser realizado no cenários de Atenção Básica”, São Paulo, 2017.	89
Gráfico 16: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “O desenvolvimento de atividades em ambiente pré-hospitalar durante o Internato é fundamental para o desenvolvimento das competências para a atuação na área de Urgência e Emergência”, São Paulo, 2017.	91
Gráfico 17: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “As atividades de Urgência e Emergência devem ter destaque no Internato Médico, pois grande parte dos egressos iniciam suas atividades profissionais nesses campos de prática”, São Paulo, 2017.	92
Gráfico 18: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “As atividades em ambientes controlados (laboratórios de simulação) são fundamentais no desenvolvimento das atividades de Urgência e Emergência no Internato Médico”, São Paulo, 2017. .	94

Gráfico 19: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “O treinamento do interno em cenários de Atenção Básica e Urgência e Emergência deve representar, no mínimo, 30% da carga horaria total do Internato Médico, o que significa pelo menos 6 (seis) meses nestes cenários”, São Paulo, 2017.....	95
Gráfico 20: Perfil Geral Atitudinal sobre a Dimensão 3 - Dificuldades/sugestões na operacionalização das determinações das DCNs de 2014 no Internato Médico, São Paulo, 2017.	97
Gráfico 21: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “A precariedade dos cenários de Urgência e Emergência no âmbito do SUS e a não fixação de profissionais nos serviços de urgência são desafios ao desenvolvimento de atividades docentes nesse contexto”, São Paulo, 2017.....	98
Gráfico 22: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “O desenvolvimento das atividades do Internato em cenários de Urgência e Emergência restritos aos serviços públicos é impossível de ser colocado em prática no cotidiano da minha escola”, São Paulo, 2017.	99
Gráfico 23: Percentual de respondentes que consideram que as atividades práticas de observação/assistência na área de Urgência e Emergência são desenvolvidas somente em cenários do SUS.	100
Gráfico 24: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “O limite de 40 horas semanais para realização de atividades do Internato, aí incluídas no máximo 12 (doze) horas de plantão diárias é uma tarefa possível de ser implantada”, São Paulo, 2017.	101
Gráfico 25: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “A implantação de, no mínimo, 30% da carga horaria total do Internato Médico em Urgência e Emergência/Atenção Básica é uma tarefa difícil de ser operacionalizada no Internato Médico de minha escola”, São Paulo, 2017.....	101
Gráfico 26: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “A cultura já enraizada de um Internato Médico hospitalocêntrico impossibilita o desenvolvimento de atividades em campos de prática extra hospitalares”, São Paulo, 2017.....	103
Gráfico 27: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “O Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) tem se mostrado um meio simples para a pactuação de parcerias e aproximação ensino-serviço-comunidade”, São Paulo, 2017.....	104
Gráfico 28: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “É necessário o aumento do tempo de Internato Médico para além dos dois anos obrigatórios, tendo em vista às determinações das DCNs de 2014”, São Paulo, 2017.	105

Gráfico 29: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “O tempo do estágio nos cenários de Medicina de Família e Comunidade preconizados nas DCNs de 2014 é excessivo, podendo ser reduzido”, São Paulo, 2017.....	106
--	-----

Sumário

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 QUESTÕES DE PESQUISA	23
2 OBJETIVOS	25
2.1 OBJETIVO GERAL:.....	26
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	26
3 REFERENCIAL TEÓRICO	27
3.1 A FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL.....	28
3.2 O INTERNATO MÉDICO E AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA O CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA	42
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	52
4.1 FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA.....	53
4.2 CONTEXTO DA PESQUISA.....	54
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	55
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	56
4.5 O PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS	66
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	66
4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS	68
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	69
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
REFERÊNCIAS.....	112
APÊNDICES	119
ANEXO.....	146

APRESENTAÇÃO



APRESENTAÇÃO

Não me lembro, exatamente, do dia em que decidi ser médica, mas posso afirmar que esta decisão ocorreu durante a minha infância, talvez em torno dos 5 ou 6 anos. Recordo-me, perfeitamente, da minha vontade e determinação em cuidar do próximo. Já naquela época, explicava que gostaria de fazer todas as especialidades, possivelmente, apontando para o meu amor pela Clínica Médica.

Em 1999, iniciei a graduação em Medicina, na Faculdade de Medicina de Petrópolis, localizada na minha cidade natal. Em 2004, terminei a graduação e dei seguimento à minha formação médica na pós-graduação *lato sensu*, em Clínica Médica e, posteriormente, em Endocrinologia e Metabologia.

No início de 2010, com a conclusão da etapa de Residência Médica, retornei à Petrópolis e fui convidada, pelo titular da disciplina, para ser professora de Clínica Médica e atuar como preceptora do internato e da residência médica, na enfermaria do Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina de Petrópolis. Nesse momento, tem início a docência médica na minha vida profissional.

Faltava-me uma formação específica para a atuação docente. Todavia, desde o período da graduação, possuía interesse por essa atividade. Dessa maneira, a docência passou a ocupar, progressivamente, um espaço maior na minha agenda de trabalho e fez com que o meu interesse e dedicação, por ela, aumentassem. Como ocorre com um grande número de docentes da área médica, percebi que a minha prática diária era guiada, principalmente, por experiências vividas anteriormente e pelos exemplos de professores e preceptores que tive.

Em março de 2014, fui convidada para assumir a Coordenação do Internato da Faculdade, o que levou à minha aproximação com a gestão e com a organização do curso. Deparei-me com um grande desafio que se transformou em motivação para aprender, aprofundar e ampliar os meus conhecimentos sobre a docência e o ensino médico.

Por esse motivo, aumentou a minha necessidade de aprofundamento dos estudos acerca: do Internato Médico; do entendimento como ocorre a sua inserção no restante do curso; dos seus objetivos; do seu papel na formação médica; e, principalmente, da construção profissional do médico.

Esse fato me levou a procurar o Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo - CEDESS, especificamente, o Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, nível Mestrado, modalidade Profissional. Meu

interesse maior residia em tomar, como objeto de pesquisa, o Internato Médico após as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014. Parti da premissa de que, os resultados de uma pesquisa, sobre esse assunto, nas escolas de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, poderiam ampliar as minhas possibilidades de atuação na Coordenação do Internato da Faculdade de Medicina de Petrópolis.

1 INTRODUÇÃO



1 INTRODUÇÃO

O Internato Médico representa uma etapa primordial na formação médica, na qual o estudante, por meio do treinamento em serviço, aprimora, consolida e dá um novo significado para o seu conhecimento. Desempenha, assim, um importante papel para o aperfeiçoamento das técnicas e das habilidades médicas e contribui para a profissionalização do estudante por intermédio do desenvolvimento progressivo de responsabilidade e de autonomia na prática da medicina.

Ademais, o Internato aproxima o “aprendiz” do “indivíduo/comunidade”, com suas especificidades, e aprimora o desenvolvimento da relação médico-paciente. Por essa razão, espera-se que o estudante se aproprie do “ser Médico” e do “saber tratar” e se conscientize de que a sua atuação deve abranger muito mais que o conhecimento das patologias. Ela deve ser direcionada à promoção integral e humana do cuidado.

Como etapa final do curso de graduação, o Internato foi, pela primeira vez, regulamentado, no Brasil, pela resolução nº 8 de 1969, do Conselho Federal de Educação (CFE) que o tornou obrigatório como período especial de aprendizagem. Anteriormente, existia o chamado Internato informal ou espontâneo, em que o estudante se vinculava, desde os primeiros anos da graduação, a um serviço em hospitais. Tratavam-se, geralmente, de hospitais especializados, como as Santas Casas ou os serviços assistenciais de ordem religiosa, com a finalidade de suprir as deficiências de ordem prática da formação acadêmica. Ainda hoje, essa etapa da formação médica tem o hospital como o cenário principal para o desenvolvimento das atividades acadêmicas (BRASIL, 1969).

Em 1974, o relatório final da XII Reunião Anual da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) trouxe recomendações sobre a organização do Internato, como: o ingresso reservado aos alunos que tivessem aprovação nas disciplinas dos períodos anteriores; a organização em formato de rodízio; a oferta de Internato eletivo, preferencialmente, nas áreas básicas; a individualização do programa, de acordo com as características regionais; a avaliação do estudante, baseada em conhecimentos, nas habilidades e nas atitudes; e o treinamento prático, sob a supervisão docente direta ou delegada (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 1982).

Outro momento importante, na regulamentação do Internato, foi a publicação do documento nº 3 da Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação (MEC), em 1976.

Ele estabelece a carga horária mínima de 1800 horas para o Internato Médico, sem interrupção para férias e com a frequência obrigatória às atividades (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 1982).

Esse conceito foi, novamente, explicitado na Resolução n. 9, em 1983 que definiu o Internato Médico como um período obrigatório de ensino-aprendizagem, durante o qual o estudante deve receber um treinamento intensivo, contínuo, sob a supervisão docente e em instituições de saúde, vinculadas ou não à escola médica (LAMPERT; BICUDO, 2014). Essa resolução representou a única orientação para o Internato Médico, até a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), para o Curso de Graduação em Medicina de 2001 (STREIT; MACIEL; ZANOLLI, 2009).

Nas DCNs de 2001, o Sistema Único de Saúde (SUS) aparece como o principal norteador do processo, cujo objetivo residia na formação de um profissional com capacidade de atuar em conformidade com o sistema de saúde vigente e que atuasse de modo a fortalecer e a perpetuar os seus princípios, de acordo com as necessidades do cidadão, da família e da comunidade, promovendo o cuidado integral. As diretrizes enfatizam, igualmente, a necessidade do egresso de se apropriar do conceito ampliado de saúde e do desenvolvimento de competências, representadas pela capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes de maneira oportuna, a fim de resolver determinado problema, em conjunto com toda a equipe de saúde (BRASIL, 2001).

Especificamente no que tange ao Internato, essas DCNs estabelecem uma carga horária mínima de 35% da carga horária total do curso. Incluem os aspectos essenciais de Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia, com atividades, eminentemente, práticas. Determina a inclusão obrigatória da Saúde Coletiva e a restrição das atividades teóricas a no máximo 20% da carga horária total do Internato. Por essas diretrizes, 25% da carga horária total do Internato poderia ser realizada fora da unidade federativa, preferencialmente, nos serviços dos SUS, a critério do colegiado do curso (BRASIL, 2001).

Em 2008, foi sancionada a Lei nº 11.788 (conhecida como Lei do Estágio) que regulamenta os estágios curriculares de todas as áreas do conhecimento. O Internato passa a ser regido por essa lei. Em seu artigo 10º, essa lei determina que a carga horária semanal das atividades, em formato de estágio, deve atingir até 40 horas semanais, desde que esteja previsto no projeto pedagógico do curso e da instituição de ensino (BRASIL, 2008).

Desde a instituição das DCNs, a ABEM teve papel fundamental no processo de apropriação e implementação dessas diretrizes nas Escolas Médicas. No que concerne às recomendações para o Internato, no período compreendido entre 2006 e 2009, a ABEM realizou ampla discussão em suas regionais, bem como em fóruns nacionais. Em 2008, desenvolveu o projeto *Contribuição para a formação do médico de acordo com as necessidades da sociedade* e em 2012 o projeto *Abem 50 anos – 10 anos de DCNs*, com um subprojeto direcionado ao Internato que culminou com a formulação de diretrizes nacionais para o Internato dos cursos de graduação em medicina, em consonância com as DCNs (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 2012).

Apesar de amplas discussões e do reconhecimento da necessidade de se instituírem mudanças na formação médica, um estudo realizado, em 2014, em Escolas Médicas públicas da região nordeste concluiu que houve incorporação parcial das recomendações dessas DCNs de 2001. Como desafios para a implantação das determinações dessas diretrizes, os gestores pontuaram: a resistência docente, discente e de técnicos administrativos; os entraves na relação ensino-serviço; a falta de sintonia entre a gestão acadêmica e a gestão administrativa; a falta de reconhecimento e apoio à preceptoria; e o despreparo do gestor acadêmico para a sua prática (WANDERLEY, 2016).

A despeito da implementação parcial das DCNs de 2001, em 2013 é promulgada a Lei nº 12.871 e instituído o Programa Mais Médicos. Esse programa previa a formação de recursos humanos na área médica para o SUS, com os seguintes objetivos: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias; fortalecer a Atenção Básica; aprimorar a formação médica; orientar a formação para profissionais capazes de atuarem nas políticas públicas de saúde do País, na organização e no funcionamento do SUS; estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS; e aumentar a experiência prática durante o processo de formação, a fim de ampliar a inserção do graduando em cenários de prática do SUS, para que ele pudesse desenvolver uma consciência sobre a realidade de saúde da população brasileira. (BRASIL, 2013).

De maneira a alcançar esses objetivos, no que se refere à formação médica e, em especial ao Internato Médico, a Lei nº 12.871/2013 determina em seu primeiro parágrafo do Art.4º, do Capítulo III que 30% da carga horária do Internato seja desenvolvida nas áreas de Atenção Básica e em serviços de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se a duração mínima de dois anos (BRASIL, 2013).

Devido a essa determinação legal, houve a necessidade de adaptação das DCNs, cujo processo culminou com a formulação de novas DCNs para o Curso de Graduação em Medicina, instituídas pela Resolução do Conselho Nacional de Educação (CNE)/Câmara de Educação Superior (CES), de 20 de junho de 2014 (BRASIL, 2014).

As DCNs de 2014, em conformidade com a Lei nº 12.871, estabeleceram que a preceptoria, exercida por profissionais do serviço de saúde, contaria com a supervisão dos próprios docentes das Instituições de Ensino Superior (IES); teria uma carga horária do Internato que representasse, no mínimo, 35% da carga horária total do curso e desse percentual, no mínimo 30% deveria estar voltado para a Atenção Básica e aos serviços de Urgência e Emergência do SUS.

Essa nova versão, respeita a duração mínima de dois anos e se constata um predomínio da carga horária destinada à Atenção Básica sobre a carga horária destinada à área de Urgência e Emergência. Determina que as atividades voltadas para a Atenção Básica sejam desenvolvidas no âmbito da Medicina Geral de Família e Comunidade. Considera, obrigatória, a inclusão da área de Saúde Mental aos 70% da carga horária e essa inclusão deve ser feita, seguindo as orientações para as demais áreas, ou seja: com atividades, eminentemente, práticas, nas quais a carga horária destinada as atividades teóricas compreenda até 20% do total, por estágio (BRASIL, 2014).

No que diz respeito ao Internato Médico, as DCNs de 2014 determinaram, com força de Lei, o prazo para a sua implantação progressiva até 31 de dezembro de 2018, o que tem se mostrado um grande desafio para as Escolas Médicas. Nesse momento, aproxima-se das questões inerentes a essa pesquisa e se acredita que os resultados e a discussão apresentados possam contribuir para a superação das dificuldades e a conquista de possíveis estratégias, nesse processo de implantação das DCNs de 2014.

1.1 QUESTÕES DE PESQUISA

- Como estão atualmente planejados os estágios curriculares obrigatórios dos cursos de graduação em Medicina do Estado Rio de Janeiro, no tocante às determinações das DCNs de 2014?

- Qual a opinião/avaliação dos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato sobre as determinações das DCNs de 2014, a respeito do Internato Médico?
- Quais são as dificuldades, apontadas pelos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato, para a operacionalização das determinações das DCNs de 2014, no que se refere ao Internato Médico?
- Quais são as estratégias, utilizadas pelos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato, para a implantação das determinações das DCNs de 2014 no Internato Médico?

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Analisar o Internato Médico em Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro, após a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina de 2014, sob a ótica dos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores do Internato.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Conhecer, a partir dos Coordenadores de Curso e Coordenadores de Internato, o estado atual do Internato Médico no tocante às principais determinações das DCNs de 2014.
- b) Aprender a opinião/avaliação dos Coordenadores de Curso e Coordenadores de Internato sobre as determinações das DCNs de 2014, a respeito do Internato Médico.
- c) Identificar as dificuldades, apontadas pelos Coordenadores de Curso e Coordenadores de Internato, para a operacionalização das determinações das DCNs de 2014 no tocante ao Internato Médico.
- d) Conhecer as estratégias, utilizadas pelos Coordenadores de Curso e Coordenadores de Internato, para a implantação das determinações das DCNs de 2014 no Internato Médico.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Em fevereiro de 1808, foi criada a primeira Escola Médica no Brasil, por Dom João VI, em Salvador – Bahia. Logo em seguida, em março de 1808, a segunda Escola Médica brasileira foi criada no Rio de Janeiro e foi dado o início ao ensino médico no Brasil. Os cursos tinham a duração de três anos e as áreas de anatomia e cirurgia eram prioritárias no ensino dessa época. Em 1813, os cursos passaram a ter duração de cinco anos e foram incluídas, na formação médica, outras áreas: Medicina Clínica (Teórica e Prática), Química, Farmacologia, Botânica, Higiene e Etiologia das Doenças (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015).

Em 1830, ocorreu o primeiro projeto de reforma do ensino médico, proposto pela Academia Imperial de Medicina. As Academias Médico-Cirúrgicas foram transformadas em Faculdades e o período do curso foi estendido para seis anos, configuração mantida até os dias atuais. Em relação à parte pedagógica, foi instituído o modelo anatomoclínico Francês que é baseado na observação direta dos sinais clínicos do paciente; e no domínio de técnicas de exame físico, principalmente, o uso do estetoscópio, até culminar na sistematização do ensino que se torna individualizado, à beira do leito, com o deslocamento e a priorização do ensino médico em ambientes hospitalares. Outrossim, valoriza os estudos de autópsia e estatística, o que trouxe um novo olhar à formação médica no Brasil. Na segunda reforma do ensino médico, em 1854, ocorreu a inserção da maternidade, dos laboratórios, e a confirmação de seis anos como duração total do curso (EDLER; FONSECA, 2006).

Em 1873, surgiram as Conferências Populares da Glória no Rio de Janeiro que tinham, como principal objetivo, a participação popular em temas considerados culturais e científicos. Nesse contexto, os professores e os alunos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro tornaram públicas as condições precárias do ensino médico, a inadequação do ensino (excessivamente teórico) e a evidente falta de investimentos. Essas discussões resultaram na Reforma de Saboia em 1882 que possibilitou os investimentos, as mudanças curriculares e tecnológicas (EDLER; FONSECA, 2006).

Lampert (2008, p. 31) explicou que o período, compreendido entre a criação da primeira Escola Médica no Brasil e o ano de 1866, é conhecido como pré-científico e se caracteriza pela reprodução dos conhecimentos estrangeiros. Posteriormente, de acordo com

aa autora, teve início a fase científica, na qual se dá a progressiva substituição de cirurgiões de formação ibérica por médicos formados nas escolas nacionais, com influência, predominantemente, francesa.

O processo de mudanças no ensino médico se acentuou na República, período em que ocorre a expansão das cidades e centros urbanos. Nesse contexto, cresceram as discussões sobre as endemias e a saúde pública, com o surgimento da primeira geração de médicos sanitaristas e também da concepção de uma Medicina Preventiva. (GALVÃO, 2007).

Nesse momento histórico, diante dos novos desafios impostos pelas transformações econômicas, pela urbanização e pela industrialização, foi criada, em 1898, a terceira escola médica no Brasil, em Porto Alegre (AMARAL, 2007).

O século XX foi marcado pelo significativo crescimento do número de Escolas Médicas que ocorreu na primeira metade desse século. De três escolas em 1899, passou-se a doze, no final da década de 1930 e a treze escolas, em 1950. Esse processo de crescimento se deu em um ambiente de intensas mudanças na sociedade brasileira, com modificações na educação e na saúde (AMARAL, 2007).

Na área da educação, foi promulgada a Lei Orgânica Rivadávia Correia, pelo Decreto n. 8.658, de 5 de abril de 1911 que, além de organizar o Ensino Fundamental, Secundário e Superior, instituiu o vestibular e incentivou a abertura de faculdades em cidades com mais de cem mil habitantes. Seguiu-se então, a expansão das escolas médicas com a criação da Faculdade de Medicina de Minas Gerais (1911), da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (1912) e da Faculdade de Medicina do Paraná (1912) que, atualmente, fazem parte, respectivamente, da Universidade Federal de Minas Gerais, da Universidade do Rio de Janeiro e da Universidade Federal do Paraná (AMARAL, 2007).

Em 1913, foi criada a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Tornou-se evidente o predomínio do número de escolas médicas na Região Sudeste do País. A Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo apresentou uma formação médica, baseada em fontes científicas (pesquisas e estudos laboratoriais) que contrastava com o modelo teórico que predominava na época que era o enfoque na clínica. Em 1944, ocorre a inauguração do Hospital das Clínicas, criado com o objetivo de se tornar um hospital-escola modelo. (AMARAL, 2007).

Cento e onze anos após a criação da primeira escola médica no País, em 1919, criou-se a primeira escola médica da Região Norte, a Faculdade de Medicina do Pará. Logo após, veio

a segunda escola médica da Região Nordeste, em 1920, em Recife e, em 1926, a Faculdade de Medicina em Niterói (atual Universidade Federal Fluminense). O Brasil possuía, até então, dez escolas médicas: uma na Região Norte; duas na Região Nordeste; duas na Região Sul; cinco na Região Sudeste. O processo de expansão das escolas médicas continuava e, ao final da década de 1940, existiam treze escolas, todas públicas e localizadas em capitais e, destas, sete localizadas na Região Sudeste (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015).

Na segunda metade do século XX, iniciou-se a organização da corporação médica. Até esse momento, existia somente o sindicato médico, criado em 1927. O movimento foi impulsionado pela expansão das escolas médicas e pela consequente necessidade de regulamentação e de acompanhamento do processo de formação e profissionalização do médico brasileiro. Em 1945, criou-se o Conselho Federal de Medicina (CFM) e, em 1951, a Associação Médica Brasileira (AMB), a qual, por sua vez, criou, em 1956, a Comissão de Ensino Médico, com a finalidade de avaliar a qualidade do ensino das escolas médicas. No final da década de 1950, surgiram os Conselhos Regionais de Medicina. No período compreendido entre 1950 e 1966 foram implantadas mais 27 escolas médicas (BUENO; PIERUCCINI, 2005).

A década de 1950 foi marcada pelos debates e questionamentos sobre a formação médica, fomentados pela participação de professores em reuniões nacionais e internacionais sobre ensino médico. Estava, em discussão, o modelo biomédico. Surgiram os movimentos com a intenção de reorientar a prática médica e de modificar o perfil profissional. Buscavam-se profissionais que fossem capazes de: terem uma compreensão integral do processo saúde-doença; romperem com o modelo biológico instituído até aquele momento; e avançarem para o campo preventivo, social. Contudo, para se alcançarem tais objetivos, tornaram-se necessárias as modificações nos cursos de graduação, nos currículos, na metodologia de ensino e na prática docente (STREIT *et al.* 2012).

Nesse sentido, algumas recomendações foram formuladas no I Congresso Pan-Americano de Educação Médica, em 1951, realizado em Lima, com destaque para a sistematização da educação médica, a tendência para a medicina preventiva, o fortalecimento da clínica médica, o número de matrículas proporcional à capacidade didática e a obrigatoriedade do internato (STREIT *et al.* 2012).

Em sequência, ocorre no Brasil, em 1956, o 1º Congresso Brasileiro de Clínica Médica, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, promovido pela AMB. Nesse congresso foi debatida a necessidade de modernizar a escola médica, na direção das orientações

internacionais. Em dezembro de 1960, em Montevideu, na Segunda Conferência de Faculdades de Medicina Latino-Americanas, foi elaborada uma carta de recomendação, à “Declaração de Montevideu sobre Educação Médica”, que propunha aos países da América Latina a criação de associações nacionais, voltadas ao ensino da medicina (BUENO; PIERUCCINI, 2005; STREIT *et al.* 2012).

Na Universidade da Bahia, em 1961, realizou-se a 1ª Conferência sobre o Ensino de Clínica Médica que contou com a participação de professores dessa área médica e de todas as faculdades brasileiras. Discutiram amplamente acerca dos objetivos do ensino da Clínica Médica, das metodologias de ensino, dos cenários e do corpo docente. A conclusão dessa conferência foi que o ensino da medicina era, predominantemente, teórico e priorizava o conhecimento informativo em detrimento do prático e do formativo. O internato não funcionava e os serviços de residência médica eram escassos. O documento final sinalizava “grandes distorções do ensino da Clínica Médica no Brasil” e algumas propostas de mudanças foram encaminhadas aos professores e aos estudiosos de educação médica e, principalmente, aos responsáveis pelas políticas de educação no Brasil. Nessa conferência, ficou decidido que seria criada uma associação específica de educação médica e, em seguida, a criação de uma comissão para preparar o anteprojeto do estatuto, as visitas *in loco* e a discussão com todas as escolas médicas. Em 20 de agosto de 1962 foi fundada a ABEM e eleitos os membros diretores (STREIT *et al.* 2012).

Em 1968, sucedeu-se a Reforma Universitária, um momento de reflexão sobre a educação superior, em que o papel da universidade e as suas atribuições sofrem questionamentos. Defendeu-se os seguintes pontos: a indissociabilidade entre as atividades de ensino, de pesquisa e de extensão; o desenvolvimento da pós-graduação que deveria ser o objetivo central da universidade; a determinação de um currículo mínimo para os cursos, com exigência de disciplinas obrigatórias e a carga horária mínima; a instituição dos departamentos como unidade básica da universidade, onde se reuniriam especialistas de uma mesma área de conhecimento (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015).

O período entre 1967 e 1971 foi marcado pela segunda expansão das escolas médicas brasileiras, motivada pelo desenvolvimento econômico, pela necessidade de democratização da universidade e pela falta de profissionais médicos para atender às demandas da população. Nesse momento, existiam 72 escolas médicas no Brasil, o que representou um crescimento de 80%, em cinco anos. A expansão se deu, principalmente, pela criação de instituições privadas,

o que levou a inversão do padrão de natureza das instituições no Brasil (BUENO; PIERUCCINI, 2005).

Em 1971, foi criada a Comissão de Ensino Médico do MEC, após ter sido enviado, pela AMB, um documento que sinalizava o crescimento desordenado das escolas médicas. A partir desses dados, a Comissão de Ensino produziu um documento que fundamentou a criação de uma portaria interministerial que determinava a suspensão da implantação de novas escolas médicas. Com exceção da abertura de quatro escolas, autorizadas antes desse documento, nenhum curso foi autorizado até 1987. O fato de reconhecer o crescimento desordenado das escolas médicas, levou a Comissão de Ensino Médico do MEC a se aproximar do universo das escolas, por meio de questionários e visitas *in loco*. Propôs as recomendações, com o objetivo de tornar o processo de formação médica mais homogêneo. Esse processo de aproximação permitiu tanto a identificação das deficiências dos cursos, como também a constatação de que o número de escolas era inferior ao necessário. A partir de 1987, ocorre a retomada da expansão das escolas médicas (BUENO; PIERUCCINI, 2005).

A partir da Reforma Universitária, o modelo de universidade francesa passa a ser, progressivamente, substituído por um modelo híbrido, entre o modelo alemão e o norte-americano. Do ponto de vista pedagógico, este modelo era caracterizado pela fragmentação do conhecimento e pela organização num grande número de disciplinas; pela ausência do entendimento do processo saúde-doença; e tinha, como principal cenário de ensino, o hospital-escola (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015).

O modelo americano, que exerce fortes influências sobre o modelo pedagógico da formação médica até os dias atuais, no Brasil e no mundo, foi baseado no Relatório Flexner, publicado em 1910. Este relatório apresenta a perspectiva biologicista da doença e exclui os determinantes sociais do processo saúde-doença. Organiza e sistematiza a formação médica, na qual ocorre a divisão em ciclos básico e clínico, bem como fragmenta a organização curricular, o conhecimento e não permite a sua integração. Desse modo, estimula a superespecialização, uma vez que não permite uma visão e uma abordagem integral do indivíduo (ALMEIDA FILHO, 2010).

Entretanto, é fundamental compreender que o Relatório Flexner determinou um significativo desenvolvimento técnico-científico da formação médica. Reorganizou e regulamentou o funcionamento das escolas médicas. Estimulou a criação dos hospitais universitários. Defendeu a constituição de um corpo docente permanente que fosse dedicado

às atividades de ensino e de pesquisa. Determinou a necessidade do treinamento em serviço, sob supervisão dos docentes: o Internato Médico (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015).

Lampert (2002, p. 2) salientou que, apesar da contribuição ao avanço científico, fica evidente que esse modelo, ao priorizar as áreas restritas do conhecimento, descuida da abordagem da saúde do ser humano como um todo, inteiro e único, no seu contexto.

O questionamento desse paradigma já fazia parte do cenário internacional e, em 1978, em Alma-Ata, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou uma conferência, na qual ficou estabelecida uma definição ampliada do conceito de saúde que passou a ser compreendido como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não, somente, a ausência de doença, como direito de todo ser humano (OPAS/OMS, 1978).

Ainda no cenário internacional, as Conferência de Edinburg, ocorridas em 1988 e 1993, representaram o espaço de intensos debates e o surgimento de movimentos para a mudança na educação médica. Consideravam que as escolas médicas deveriam diversificar os cenários de ensino-aprendizagem. Deveriam utilizar métodos ativos de aprendizagem e métodos avaliativos que contemplassem a aquisição de competências profissionais e de valores sociais e não somente uma mera memorização de informações e de inclusão de conteúdos, direcionados à prevenção de doenças, à promoção da saúde e à integração entre a teoria e a prática. A segunda Conferência recomendava a articulação ensino-serviço; a valorização e o investimento na formação docente; a instituição de políticas de educação permanente; dentre outras (FEUERWERKER, 2006).

Em 1988, é homologada a Constituição Brasileira. O Estado reconhece e assume que a saúde e a educação são direitos do cidadão e dever do Estado que tem o compromisso de organizar um sistema único de saúde, com acesso universal e igualitário. Esse sistema único de saúde teria, como uma de suas atribuições, a formação de recursos humanos na área da saúde. Em 19 de setembro de 1990, é promulgada a Lei nº 8.080 que institui o SUS e define, em parágrafo único: “Dizem respeito também à saúde as ações que...se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social”. A implementação desse sistema, por intermédio de políticas públicas, permitiu se ter um ponto de vista mais amplo, no que diz respeito à definição de saúde. Contrário ao modelo biomédico vigente, surge um novo paradigma, o paradigma da integralidade (BRASIL, 1990).

Lampert (2002, p. 2) afirmou que o surgimento desse novo paradigma “faz parte de um caminhar inexorável, de crescimento na direção da substituição do que fica superado.” O

novo paradigma, progressivamente, ganha força por meio da formulação das políticas de saúde e de educação.

Na década de 1980, paralelamente à instituição do SUS, têm início os projetos de integração docente-assistencial que ficaram conhecidos pela sigla IDA. A partir de 1985, com o apoio da Fundação Kellog, esses projetos passaram a se articular e formaram uma rede, a Rede IDA. Embora circunscrito às áreas de medicina preventiva e saúde pública, o projeto UNI - Uma nova iniciativa na Formação de Profissionais de Saúde: União com a Comunidade, teve destaque e apresentava como objetivos: reorientar a formação profissional ao nível da graduação; o fortalecimento dos sistemas locais de saúde; e o desenvolvimento comunitário da saúde. Na década de 1990, com o aprofundamento das discussões diante da nova realidade de políticas de saúde do país, os projetos se mantiveram em atividade. Buscava-se a aproximação do ensino-serviço-comunidade e, para tal, agregou-se esses projetos e experiências, com o estabelecimento da Rede Unida que desempenhava um importante papel na discussão sobre a educação na área de saúde, no Brasil (STELLA; PUCCINI, 2008).

Em face desse novo paradigma e dos amplos debates com outros representantes da corporação médica, acerca da formação médica, a ABEM reconhece a necessidade de avaliação dos cursos de Medicina e a necessidade de induzir mudanças nas escolas. O propósito seria a formação de médicos capazes de atender às necessidades sociais, com compromisso e comportamento éticos, nos melhores padrões técnicos-científicos. É constituída em 1990, a Cinaem (STREIT *et al.*, 2012).

A Cinaem foi composta inicialmente por 11 entidades: a Academia Nacional de Medicina; a Associação Brasileira de Educação Médica; a Associação Médica Brasileira; a Associação Nacional de Médicos Residentes; o Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras; o Conselho Federal de Medicina; o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro; o Conselho Regional de Medicina de São Paulo; a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina; a Federação Nacional dos Médicos; e o Sindicato Nacional dos Docentes de Ensino Superior. Em 1999, a Cinaem agregou o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. O projeto desenvolvido pela Cinaem foi composto de três etapas, nas quais as duas primeiras foram identificadas como os processos de avaliação transformadora e a terceira, como aquela de construção coletiva de uma proposta de transformação, para as escolas médicas brasileiras (STREIT *et al.*, 2012).

A Cinaem permaneceu em atividade de 1991 a 2001, com os objetivos de encaminhar a educação médica para um perfil transformador, comprometido com as questões e demandas sociais. O projeto Cinaem além de contar com docentes e alunos, ampliou a sua composição com as entidades representativas sindicais, com as reguladoras e também com os gestores do SUS, o que representou um projeto desenvolvido de maneira coletiva e democrática, com objetivos complexos, mas também motivadores. A característica inovadora, desse processo avaliativo, foi fundamental para a adesão e para a colaboração das escolas no que se refere a uma formação médica, realmente, transformadora (STREIT *et al.*, 2012).

A primeira fase da Cinaem, ocorreu entre 1991 e 1992 e teve como objetivo, avaliar o perfil dos médicos formados em diferentes instituições. Foi aplicado um questionário em representantes de 76 escolas médicas acerca das estruturas administrativa e econômica; dos recursos materiais e humanos; do modelo pedagógico adotado; das atividades de pesquisa e de extensão; e do perfil dos médicos formados. (MERHY; ACIOLE, 2003).

A segunda fase, a partir de 1992, contou com oficinas de trabalho que tinham representantes do corpo docente e discente de 46 escolas médicas brasileiras, o que permitiu o aprofundamento em diferentes questões acerca da formação médica. Ademais, essa fase culminou na consolidação da Cinaem e representou um momento de construção coletiva e democrática dos novos métodos, técnicas e instrumentos fundamentais para o avanço na avaliação, bem como para a mobilização e adesão das escolas mais conservadoras. (MERHY; ACIOLE, 2003).

Essa segunda fase se estendeu até 1997 e seus resultados foram apresentados no II Encontro Nacional das Escolas Médicas. Seus pontos de destaque foram: a identificação de um modelo pedagógico inadequado, com uma formação médica ineficaz e ineficiente para atender às demandas de saúde da população brasileira; a importância do docente na estruturação do modelo pedagógico, na gestão da escola, no planejamento e nas atividades de ensino, de pesquisa e de extensão; a sinalização do desempenho cognitivo insatisfatório dos discentes, ao final do curso de Medicina; e a necessidade em conter o aumento, indiscriminado, dos cursos médicos. (MERHY; ACIOLE, 2003).

A terceira fase, entre os anos de 1998 e 2000, teve o seu foco de trabalho no conhecimento cognitivo do aluno da graduação, no nível de conhecimento ao final do curso e na sua curva de crescimento ao longo desse período, nas principais áreas de conhecimento médico. Essa avaliação foi realizada por intermédio da aplicação da prova de progresso, em

alunos de 60 escolas brasileiras. (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015; MERHY; ACIOLE, 2003).

Essa fase teve, igualmente, o objetivo de:

proporcionar a construção coletiva de um proposta transformadora para a escola Médica de acordo com novos paradigmas, capazes de viabilizar a formação de um médico adequado às demandas sociais contemporâneas. (CINAEM, 2000, p.10)

Para o alcance desses objetivos, tornaram-se fundamentais a definição precisa do perfil do egresso desejado, bem como as características da escola médica para formar este médico. Faziam-se, igualmente, necessários a observação do modelo pedagógico e do corpo docente para executar esta tarefa; e a existência de um processo avaliativo que fosse apropriado às novas propostas. (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015; MERHY; ACIOLE, 2003).

Os resultados da fase III sinalizaram a importância da transformação da escola médica brasileira, a fim de atingir o perfil do médico desejado. Esse profissional precisaria estar preparado para atuar de acordo com as necessidades reais de saúde da sociedade, da qual viria fazer parte. A proposta de transformação se fundamentou na criação de um novo eixo de desenvolvimento curricular. As carências da população, na área de saúde, representavam a categoria central e se tornaram o objeto de estudo do aluno de Medicina. O atendimento a essas necessidades se constituiu na competência a ser adquirida pelo novo médico. (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015).

Com a finalidade de abordar essa nova perspectiva de formação médica, foram propostas metodologias mediadoras de ensino e a diversificação dos cenários para além das salas de aula. Fariam parte dessa diversificação, os laboratórios, as bibliotecas e a utilização dos serviços de saúde que se tornariam os facilitadores para o emprego dessa nova metodologia. Os docentes deveriam assumir o papel de facilitadores e de mediadores do processo de ensino aprendizagem, a fim de permitir o ganho progressivo de autonomia e responsabilidade dos alunos, bem como propiciar o estímulo para que os próprios alunos fossem os sujeitos ativos na construção e produção do seu conhecimento. Era evidente a premência de investimentos em recursos humanos e em infraestrutura, para a formação, a atualização e a fixação dos docentes. (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015; MERHY; ACIOLE, 2003).

O sistema de avaliação deveria ser construído de modo a dialogar com essa nova proposta pedagógica. Deveria se constituir de avaliações periódicas que, em uma perspectiva

longitudinal, fossem capazes de mensurar a evolução do aluno durante todo o curso e, em uma perspectiva transversal, fornecessem indicativos sobre os conhecimentos, as habilidades e as atitudes esperadas, para cada diferente momento do curso (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015).

Diante do paradigma da integralidade e de todas as constatações, fornecidas pelo projeto Cinaem, estava claro que os caminhos da formação médica deveriam direcionar-se às necessidades do indivíduo e da sociedade e que o processo formativo, para atender a esse novo perfil profissional, deveria englobar temas além dos conhecimentos e das habilidades técnicas. Ao final desse projeto, foi enviado um documento ao MEC, denominado: “As diretrizes curriculares e o projeto Cinaem” que definia o domínio da clínica e as humanidades, como os dois componentes fundamentais na formação médica, em que o primeiro, com as bases científicas e tecnológicas, deveria estar associado ao segundo. O documento apresentava uma proposta de instituir, na formação médica, a visão e a compreensão integral do indivíduo, com a finalidade de recuperar o aspecto humano do cuidado e, sem excluir do processo formativo, os avanços científicos que foram impulsionados pelo modelo flexneriano. Ele representou grande importância na elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Medicina, em 2001. (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015; STREIT *et al.*, 2012).

Sob a perspectiva das políticas públicas, ocorrem mudanças que levam a transformações no ensino da saúde no Brasil. Em 1995, foi promulgada a Lei nº 9.131/95 que cria e define, como competência do CNE, a deliberação sobre as diretrizes curriculares para os cursos de graduação. (BRASIL, 1995). No ano seguinte, foi promulgada a Lei nº 9.394/96 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, cujo inciso II do art. 53, cria a necessidade de Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação e permite a eliminação dos currículos mínimos. (BRASIL, 1996). Era necessário adaptar os currículos às mudanças dos perfis profissionais, orientados pelos seguintes princípios: a flexibilidade na organização curricular; a dinamicidade do currículo; a adaptação às demandas do mercado de trabalho; a integração entre graduação e pós-graduação; a ênfase na formação geral; e a definição e o desenvolvimento de competências e habilidades gerais (STREIT *et al.*, 2012).

No exercício de sua competência, a CNE/CES, em 03 de dezembro de 1997, aprovou o Parecer 776/97, com o propósito de servir de orientação para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação. Nesse parecer ficou definido que:

as diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente respeitadas por todas as instituições de ensino superior. Visando assegurar a flexibilidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes (BRASIL, 1997).

A SESu do MEC, em 1997, por intermédio do Edital 04/97, convocou as IES para que encaminhassem propostas para a elaboração de Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação. A chamada pública, para a elaboração das diretrizes, foi bem recebida pela comunidade acadêmica, pois havia o entendimento que, para a legitimação destas, tornava-se fundamental a contribuição da comunidade acadêmica e sociedade em geral. (STREIT *et al.*, 2012).

No XXXVII Congresso Anual da ABEM, em outubro de 1999, na reunião ordinária dos professores diretores/coordenadores de cursos de medicina, o documento, que serviria de base para a elaboração das diretrizes curriculares, proposto por especialistas, não atendeu às expectativas. Apesar da recomendação da formação geral, que tinha por objetivo, dar ênfase na promoção e no cuidado básico à saúde, bem como nas competências profissionais esperadas, não foram abordados os importantes aspectos debatidos, recentemente, no cenário nacional e internacional, os quais já haviam sido expostos pelo relatório da Cinaem. Esse documento não abordava uma organização curricular que favorecesse a integração e interdisciplinaridade; não dava ênfase à Atenção Primária, ao ensino fora dos limites da IES, à necessidade de aproximação da academia com os serviços de saúde e com a comunidade; e não mencionava as metodologias ativas de ensino e aprendizagem. Ao final dessa reunião, foi elaborado um relatório da análise crítica da proposta de diretrizes da comissão de especialistas, no qual foi sugerida uma revisão desse documento pela SESu/MEC. (STREIT *et al.*, 2012).

A ABEM e a Cinaem seguiram em discussões com a comissão de especialistas. As diferentes propostas, resultantes dessas discussões, fizeram parte de em um único documento, oficialmente encaminhado ao CNE. Em agosto de 2001, em audiência pública, foram apresentadas as propostas de diretrizes curriculares da área da saúde e da Medicina. Encerrava-se a fase de elaboração das diretrizes curriculares da área da saúde (STREIT *et al.*, 2012).

As DCNs foram aprovadas e instituídas pelo CNE por meio da Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. O SUS era um dos principais marcos de referência dessa resolução, em cujo Art 3º consta:

O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano” (BRASIL, 2001).

O Art. 4º da Resolução CNE/CES nº 4 de 2001 orienta que a formação médica deve ser direcionada à constituição de um profissional, que contemple o sistema de saúde vigente no país, com as seguintes competências e habilidades gerais: a atenção à saúde; a tomada de decisões; a comunicação; a liderança; a administração e gerenciamento; e a educação permanente. (BRASIL, 2001).

Para o alcance desses objetivos, as diretrizes sinalizam a importância de mudanças institucionais, com a necessidade de adoção de diferentes metodologias de ensino. Essas metodologias devem ser capazes de estimular o desenvolvimento progressivo da autonomia do aluno e de assumirem a posição ativa na construção do conhecimento e da integração dos conteúdos, nos quais o professor desempenha o papel de facilitador no processo ensino-aprendizagem. A ampliação e a diversificação dos cenários de prática consistem, igualmente, em uma outra necessidade, uma vez que permitem a vivência do aluno em diversos contextos; assim como a promoção da integração e da interdisciplinaridade, além do trabalho em equipe multiprofissional; e o estabelecimento da integração ensino-serviço, para, dessa maneira, vincular a formação médicas às necessidades sociais. (BRASIL, 2001).

As DCNs representaram uma evolução no processo de formação médica. Contudo, Lampert (2002, p. 3), enfatizou que, apesar da mudança paradigmática estar mais próxima, ela ainda está longe de se tornar uma realidade. A estruturação do mercado de trabalho e a oferta de serviços, que priorizam as especialidades e subespecialidades, refletem que o modelo de assistência se mantém compartimentalizado. Mesmo com a mobilização de avaliação e os encaminhamentos de transformações feitos pela Cinea, as escolas médicas continuam organizadas em departamentos. Os seus programas curriculares, ainda, estão estruturados em disciplinas conduzidas por docentes especialistas que servem de modelo e de referência aos que estão em processo de formação. Esse docente está distante do profissional preconizado

para o serviço, porém é um modelo respeitado e possui destaque social e econômico. Esses fatores evidenciam as dificuldades encontradas para a implementação de propostas inovadoras nas reformas curriculares que almejem currículos integrados e contextualizados. (LAMPERT, 2002). Um estudo, realizado com 190 discentes do internato no ano de 2012, na Universidade Federal de Goiás, corroborou as afirmações da autora. Esse estudo evidenciou que 83,7% dos participantes desejavam ser especialistas e somente 12,1% expressaram o desejo de serem médicos generalistas (FILISBINO; MORAES, 2013).

Lampert (2008, p. 34) afirmou que “a escola deve dar conta de condições básicas para formar um profissional com conhecimento, habilidades e atitudes capazes de atender com qualidade as necessidades e demandas da população brasileira”. Contudo, um dos principais entraves para a implantação das mudanças curriculares, que permitam a formação do profissional preconizado nas diretrizes, são os próprios docentes. Na sua grande maioria, eles são formados no modelo tradicional flexneriano e, pela escassez de tempo para refletir sobre seu papel e responsabilidades como docente, não se apropriam do seu papel como carro-chefe das transformações que estão em construção.

Nesse sentido, cabe assumir que não se pode depender de uma transformação espontânea das instituições acadêmicas na direção assinalada pelo SUS. O Ministério da Saúde, por intermédio de sua Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborou, em conjunto com a SESu e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do MEC, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Este programa se inspira na avaliação do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed) e tem a perspectiva de que os processos de reorientação da formação ocorram, simultaneamente, em distintos eixos e em direção à situação desejada pela IES. Estas preconizam uma escola integrada ao serviço público de saúde, capaz de responder às necessidades da população brasileira, no que se refere à formação de recursos humanos, à produção do conhecimento e à prestação de serviços, e que todos esses aspectos concorram para o fortalecimento do SUS. Essa iniciativa visa a aproximação da formação de graduação com as necessidades da Atenção Básica que, para o Brasil, representa a estratégia de saúde da família. O distanciamento entre o universo acadêmico e o da prestação real dos serviços de saúde é apontado, mundialmente, como um dos responsáveis pela crise do setor da saúde. (BRASIL, 2005).

Em 22 de outubro de 2013, para dar prosseguimento com as políticas públicas que objetivavam a reestruturação da formação médica no Brasil, em conformidade com a Lei nº 12.871, é instituído o Programa Mais Médicos. Esse programa foi criado com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para atuação no SUS. Determinava o cumprimento de 30% da carga horária do internato médico em atividades voltadas para Atenção Básica e para a Urgência e Emergência do SUS, respeitando o mínimo de dois anos do internato. Dessa maneira, direcionava-se a formação médica às demandas sociais. No Art. 4º, é definido que o funcionamento dos cursos de Medicina está sujeito à efetiva implantação das DCNs, definidas pelo CNE (BRASIL, 2013). Desse modo, tornou-se lei, a implantação das DCNs pelos Cursos de Graduação em Medicina. As DCNs, até o momento da sanção dessa lei, eram orientações a serem seguidas pelas IES.

Com a Lei nº 12.871, surge a necessidade de reformulação das DCNs. A Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014, instituiu as novas DCNs do Curso de Graduação em Medicina. Elas foram reformuladas com a finalidade de suprir as novas demandas na área de saúde e nos diferentes contextos socioeconômicos, nos quais os médicos são necessários para o atendimento e assistência da população. Incorporam uma visão mais aprofundada dos problemas sociais do País; contemplam, adequadamente, a Atenção Básica; e valorizam a formação voltada para o SUS, como uma importante alternativa de trabalho do profissional da Medicina (BRASIL, 2014).

No seu capítulo I, Art.4º, a Resolução evidencia a necessidade de articulação entre os conhecimentos, as habilidades e as atitudes, imprescindíveis para o futuro exercício profissional do médico. A formação médica deve abranger as áreas de atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde. É preciso que o currículo médico seja construído para o desenvolvimento de competências nas áreas determinadas. Entende-se como ‘competência’, a capacidade de utilização e mobilização de conhecimentos, de habilidades e de atitudes, com a utilização dos recursos disponíveis, a fim de desempenhar ações pertinentes e resolutivas, no que diz respeito aos desafios presentes na prática profissional em Medicina, nos diferentes contextos de trabalho em saúde e, principalmente, nos cenários do SUS. (BRASIL, 2014).

A partir das DCNs de 2014, os currículos de graduação em medicina foram direcionados para os seguintes pontos: para o desenvolvimento de competências gerais e habilidades específicas; e para o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde nos diferentes níveis de atenção. A formação do profissional deveria estar voltada para a compreender a diversidade social, étnico-racial, de gênero, de orientação

sexual, política, cultural e demais espectros que compõe a diversidade humana. Esse profissional deveria ter uma postura e comportamentos éticos, bem como atuar para garantir o acesso universal, sem privilégios ou preconceitos, pautados pelas determinações do SUS. Deveria ser capaz de desenvolver a integralidade e humanização do cuidado; e ter o desenvolvimento de propedêutica e raciocínio clínico efetivos na solução de problemas prevalentes de saúde. A formação na graduação deveria permitir ao aluno a participação ativa na construção do seu próprio conhecimento, por meio de estratégias pedagógicas que desenvolvessem o pensamento crítico, a aquisição crescente de responsabilidades e autonomia; ele deveria entender a necessidade de atualização constante; ter capacitação para o trabalho em equipes interprofissionais, com a constante troca de saberes com profissionais da área de saúde e de outras áreas do conhecimento (BRASIL, 2014).

Martins (2008, p. 24) esclareceu que, no decorrer de toda a graduação, as escolas médicas devem se comprometer com a formação de um médico, tecnicamente, muito competente. Todavia, devem enfatizar, em todos os momentos, a necessidade de uma formação ética e humanística para que esse profissional atue de maneira socialmente responsável. O autor evidencia o papel amplo do docente que deve ter a consciência de que ele serve de exemplo ao aprendiz e, por essa razão, jamais deve se preocupar em ensinar, exclusivamente, a sua área de conhecimento.

No percurso para o cumprimento das DCNs, a escola médica deve, progressivamente, ser capaz de formar um profissional médico que se enquadre nas determinações estabelecidas e contribua para a melhoria da saúde da população, por meio de uma assistência médica de qualidade, guiada por princípios éticos e humanistas, a fim de contribuir para o fortalecimento do SUS, uma vez ter sido formado conforme às suas orientações e necessidades (BRASIL, 2014).

3.2 O INTERNATO MÉDICO E AS DIRETRIZES CURRICULARES [NACIONAIS PARA O CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

O Internato Médico consiste na etapa primordial na formação médica. Ele representa, no momento em que ocorre: o aprimoramento, a consolidação e a significação do conhecimento; o aperfeiçoamento das técnicas e habilidades médicas; a profissionalização; a aquisição progressiva de responsabilidades e autonomia; a aproximação máxima entre o estudante e a realidade, entre o “aprendiz” e o “indivíduo”, com suas mazelas e fragilidades

que, indiscutivelmente, sofrem influências do contexto histórico, social, econômico e cultural; e o desenvolvimento da relação médico-paciente, momento em que há a explicitação que o “ser Médico” e o “saber tratar” devem abranger muito mais que conhecimento das patologias e deve ser direcionado a promoção integral e humana do cuidado.

Essa etapa da formação médica teve, e ainda tem, o hospital como o cenário principal para o desenvolvimento das atividades acadêmicas. Contudo, anteriormente ao século XVIII, o hospital não se destinava a funções terapêuticas nem representava local relevante para o aprendizado da medicina. Servia de depósito de doentes e isolamento social. Esse fato, a partir do século XVIII, alterou-se quando o hospital passou a representar o território médico, terapêutico e a se destinar ao aprendizado da clínica. O saber médico é direcionado à descoberta dos aspectos que fundamentam as doenças que passam a ocupar o papel principal. O sofrimento e o indivíduo assumem papel secundário, desconstrói-se a relação médico-paciente e as influências econômicas e socioculturais são desconsideradas. O discurso médico se torna formal e técnico. Esse processo leva à transformação na estrutura do hospital e também na formação médica (BRASIL, 1965; FERRI; GOMES, 2015).

O hospital se transforma em local de ampliação dos conhecimentos que serviriam a cura. Surge, assim, a articulação entre o saber e o poder no discurso sobre a medicina que adquire características cada vez mais técnicas (FERRI; GOMES, 2015).

Como etapa final do curso de graduação, o Internato foi, pela primeira vez, regulamentado no Brasil, pela resolução nº 8 de 1969, do CFE do MEC que o tornou obrigatório, como período especial de aprendizagem. Anteriormente a essa data, existia o chamado Internato informal ou espontâneo, no qual o estudante se vinculava, desde os primeiros anos da graduação, a um serviço em hospitais municipais e estaduais, em Santas Casas ou em serviços assistenciais de ordem religiosa, a fim de suprir as deficiências da formação acadêmica de ordem prática. Muitos serviços apresentavam excelentes condições de aprendizado. Contudo, por se tratarem de clínicas de especialidades e subespecialidades, culminava com a especialização precoce, com uma visão fragmentada do indivíduo, sem que o egresso tivesse um conhecimento geral sobre as patologias mais prevalentes de uma determinada população (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA EDUCAÇÃO MÉDICA, 1982).

A preocupação com a formação médica crescia e a partir da segunda metade da década de 1950, as Escolas Médicas passaram a oferecer aos estudantes um rodízio pelas clínicas de diferentes especialidades, a fim de tornar o ensino oficial mais prático, com atividades em enfermarias e ambulatórios e complementar a formação, predominantemente, teórica dos anos

anteriores. Nessa época, os cursos de graduação propuseram modificações curriculares, destinadas à formação do “médico geral”, nos ciclos básico e clínico, transferindo para o Internato, a aproximação do estudante com as especialidades médicas, evidente no item b, do art.12 da Resolução nº 8 de 1969:

estágio obrigatório em Hospitais e Centros de Saúde adaptados ao ensino das profissões da Saúde, em regime de Internato, no qual se faculte ao aluno adestrar-se, por sua escolha, nas tarefas, específicas abrangidas pelo gênero de atividade que irá exercer logo após a formatura e ao longo da vida profissional, atribuindo-se-lhe responsabilidade crescente na assistência ao doente, porém ainda sob a supervisão do pessoal docente, compreendendo o mínimo de dois semestres. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA EDUCAÇÃO MÉDICA, 1982, p. 9).

Um marco importante, na evolução do Internato, foi o relatório final da XII Reunião Anual da ABEM de 1974 que trazia recomendações que influenciariam, significativamente, a organização do Internato, na intenção de aprimorar a formação médica. Entre as principais recomendações, destacam-se: o ingresso no Internato Médico, reservado aos alunos que tivessem aprovação nas disciplinas dos períodos anteriores; a determinação para que o Internato fosse organizado em formato de rodízio e oferecesse a opção de Internato eletivo, preferencialmente, nas áreas básicas; a individualização do programa do Internato de acordo com as características regionais; a avaliação do estudante nesse período de formação, baseada nos conhecimentos, nas habilidades e nas atitudes; a garantia de uma supervisão docente direta, ou delegada (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA EDUCAÇÃO MÉDICA, 1982).

Outro momento importante na regulamentação do Internato Médico, foi a publicação do documento nº 3 da Comissão de Ensino Médico do MEC, em 1976, que explicitou a conceituação e os objetivos, atribuídos a essa etapa da formação médica, como:

Parte integrante do currículo de graduação, é o Internato o último período do Curso de Médico, em que o estudante deve receber treinamento prático intensivo, livre de cargas disciplinares acadêmicas, em hospitais de ensino, ou em instituições de prestação de serviço médico, de modo a assumir, progressivamente, a responsabilidade do tratamento de pacientes, sob supervisão docente contínua. A duração recomendada por lei, é, no mínimo, de um ano. Entretanto, e tal ocorre em algumas escolas médicas, pode o mesmo ser feito em um e meio e até dois anos. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA EDUCAÇÃO MÉDICA, 1982, p. 9-10)

Dentre os objetivos do Internato Médico, descritos nesse documento, evidenciam-se: aumentar, integrar e aplicar os conhecimentos adquiridos; aperfeiçoar as técnicas e habilidades médicas, assim como as atitudes e a relação médico-paciente; estimular o interesse pela promoção, preservação e prevenção da saúde; estimular a atuação médica

integrada, não somente com os demais médicos, mas com toda a equipe de saúde; permitir a interação entre a escola médica e a comunidade; representar o último período de formação de um médico geral, com capacidade de resolver, ou bem encaminhar, os problemas de saúde da população que vai assistir; estimular o aperfeiçoamento profissional continuado e permanente (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA EDUCAÇÃO MÉDICA, 1982).

Esse documento estabeleceu também que a carga horária mínima para o Internato Médico deveria ser de 1800 horas, sem interrupção para férias, com frequência obrigatória às atividades (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA EDUCAÇÃO MÉDICA, 1982).

Em 1981, a Diretoria da ABEM, biênio 1980-1982, promoveu discussões amplas acerca do Internato Médico, em todas as regiões do país e produziu um documento que destacou alguns dos seguintes aspectos: a concordância com o modelo de Internato rotativo, que deveria estar adequado aos objetivos do projeto educacional, aos recursos e às restrições das escolas; as recomendações para treinamento eletivo, ou seja, as recomendações para a oferta de período de Internato eletivo, preferencialmente, em áreas básicas. Existia uma clara preocupação com a curta duração de 2 semestres do Internato e se recomendava a ampliação da duração do Internato para 3, ou 4 semestres. Outrossim, era motivo de apreensão, o perfil especializado dos serviços de treinamento na formação do graduando. Este perfil corromperia, conceitual e estruturalmente, o objetivo do Internato de formação do médico geral; o reconhecimento da importância do treinamento em serviços básicos de saúde; a constatação da ausência de critérios para a seleção de serviços hospitalares, utilizados para o treinamento de internos e com sugestões quanto ao número adequado de leitos e de consultas ambulatoriais, de recursos mínimos para o diagnóstico e para o tratamento, corpo clínico suficiente para as atividades assistenciais e motivado para as tarefas educacionais, programas de educação médica continuada; a necessidade de supervisão e avaliação das escolas médicas; a incoerência de considerar o Internato Médico como uma disciplina, submetendo-o ao regime de faltas, férias e a outros condicionamentos dos períodos anteriores que são contrários à sua essência e aplicabilidade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA EDUCAÇÃO MÉDICA, 1982).

As observações dos estudos sobre a organização curricular, realizadas em 1981, evidenciavam a imprecisão dos dados em relação ao Internato Médico e sugeriam a existência de dificuldades no seu planejamento e execução. Esses fatos motivaram a ABEM a apresentar um projeto com o objetivo de diagnosticar as características do Internato, nas escolas médicas brasileiras, projeto que foi apoiado pela SeSu do MEC. O levantamento dos dados foi realizado por meio de uma entrevista semiestruturada, em 75 Escolas Médicas brasileiras no

primeiro semestre de 1982. O roteiro foi elaborado com base nos objetivos do projeto. Os sujeitos e as fontes de informações foram os Diretores e/ou Coordenadores das Escolas Médicas e os Coordenadores de Internato. Os dados foram agrupados por região do país. A conclusão, desse projeto realizado pela ABEM e publicado no segundo semestre de 1982, explicitou que o termo Internato não era utilizado por todas as escolas brasileiras. Muitas adotavam o termo estágio. Do ponto de vista pedagógico, em algumas escolas, o Internato não representava a etapa final da graduação quando deveria ser, exatamente o contrário, pois seria necessário que o Internato se caracterizasse por treinamento em serviço, livre de cargas horárias disciplinares acadêmicas. Esse fato foi constatado, também, em relação a esfera administrativa, na qual o Internato Médico, em algumas escolas, ainda era registrado como disciplina e, como consequência, aplicavam-se a ele, inapropriadamente, as mesmas determinações relativas às disciplinas. A obrigatoriedade da aprovação em todas as disciplinas para o ingresso no Internato, igualmente, não era regra em todas as escolas médicas do país. Verificou-se, no que tange à carga horária, uma tendência à execução de 40 horas semanais, mas com grande variação entre as escolas, bem como dentre as diferentes áreas/serviços de estágio de uma mesma escola. Em relação à duração do Internato, identificou-se um movimento que visava à ampliação para três ou quatro semestres, a fim de representar, realmente, a ideia de conclusão do curso, de formação do médico geral e de aperfeiçoamento do Internato, com a possibilidade de expansão do tempo de estágio por área. Observou-se, ainda, que o treinamento era predominantemente hospitalar. Algumas escolas desenvolviam as atividades no setor de emergência e ambulatorial, sendo estas últimas, realizadas em serviços especializados ou em ambulatórios gerais. Todavia, na grande maioria das escolas médicas, a utilização dos serviços básicos, com o desenvolvimento de assistência primária à saúde, era muito pequena (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA EDUCAÇÃO MÉDICA, 1982).

Como consequência desse projeto da ABEM de 1982, o CFE publicou a Resolução n. 9, em 1983, que conceituou o Internato Médico como um período obrigatório de ensino-aprendizagem, com características especiais e, durante o qual, o estudante deve receber treinamento intensivo, contínuo, sob supervisão docente e em instituições de saúde vinculadas ou não à escola médica (LAMPERT; BICUDO, 2014).

Essa resolução representou a única orientação para o Internato Médico, até a publicação e instituição das DCNs de 2001.

As DCNs de 2001 têm o SUS como seu principal norteador. Direcionam a formação médica para um profissional: que seja capaz de atuar de maneira condizente e paralela ao SUS; que, na sua prática diária, atue de maneira a fortalecer e a perpetuar os seus princípios, de acordo com as necessidades do cidadão, da família e da comunidade; e que tenha pleno conhecimento do conceito ampliado de saúde e da necessidade imperiosa de exercer, em conjunto com toda a equipe de saúde, o cuidado integral (BRASIL, 2001).

As DCNs ampliam a perspectiva da formação médica e trazem a necessidade de adquirir não somente conhecimentos, mas também as competências. Estas, por definição, representam a habilidade de mobilizar, de modo oportuno, os conhecimentos, as habilidades e as atitudes, a fim de resolver determinado problema, para qual, as instituições de ensino precisam se mobilizar na adoção de diferentes metodologias de ensino, que sejam capazes de estimular o desenvolvimento progressivo da autonomia do aluno; e assumir posição ativa na construção do conhecimento e integração dos conteúdos, em que o professor desempenhe o papel de facilitador do processo ensino-aprendizagem. São igualmente, necessários, para a formação médica, a ampliação e a diversificação dos cenários de prática, pois permitem a vivência do aluno em diversos contextos; bem como a promoção da integração, a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe multiprofissional. (BRASIL, 2001).

No tocante ao Internato Médico, as DCNs de 2001 o definem como etapa integrante da graduação na forma de estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em serviços próprios ou conveniados, sob supervisão direta de docentes e com carga horária mínima de 35% da carga horária total do curso. O Internato deve incluir os aspectos essenciais de Clínica Médica, de Cirurgia, de Pediatria, de Ginecologia/Obstetria, com atividades eminentemente práticas. As DCNs determinam a inclusão obrigatória da Saúde Coletiva às demais áreas básicas e estabelecem que as atividades teóricas compreendam, no máximo, 20% da carga horária total do Internato e 25% da carga horária total do Internato pode ser realizada fora da unidade federativa, preferencialmente, nos serviços dos SUS, a critério do colegiado do curso. O estágio deve contemplar atividades nos três níveis de complexidade (BRASIL, 2001).

Em 2008, foi sancionada a Lei nº 11.788 que regulamentou os estágios curriculares de todas as áreas do conhecimento. O Internato passou a ser submetido a essa lei, “Lei do Estágio” que, em seu Art. 10º, determina que a carga horária semanal de atividades em formato de estágio deve atingir até 40 horas semanais, desde que esteja previsto no projeto pedagógico do curso e da instituição de ensino (BRASIL, 2008).

Em 2009, oito anos após a instituição das DCNs de 2001, a ABEM, reconhecendo a necessidade de rever os aspectos mais relevantes na formação do médico, para atender as reais necessidades da população brasileira, desenvolve o projeto *Contribuição para a Formação de Médicos de acordo com as Necessidades da Sociedade: interação com as políticas de articulação de ensino, serviço, sociedade implementadas pelo Ministério da Saúde*. O projeto tinha como objetivo incentivar e colaborar com as Escolas Médicas na implementação de mudanças estruturais e curriculares, com vistas à formação do médico, em conformidade com as orientações das DCNs de 2001 (STREIT; MACIEL; ZANOLLI, 2009).

As DCNs dispensaram um tratamento superficial, no que se refere ao Internato Médico. Ademais, existia um pequeno número de pesquisas sobre esse tema e havia a necessidade de formulação de diretrizes gerais, sobre essa etapa da formação médica, que estivessem em conformidade com as DCNs. Em 2006, a ABEM inicia uma ampla discussão sobre o Internato, inicialmente em suas regionais e, posteriormente, em fóruns nacionais, desenvolvidos durante os Congressos Brasileiros de Educação Médica (COBEM) de 2006 a 2009. Essas discussões envolviam os modelos pedagógicos utilizados, a avaliação e supervisão do interno e as competências esperadas para esse estudante ao término do Internato. Esse projeto representou um avanço na discussão sobre o Internato e culminou com a elaboração coletiva de um documento que continha as competências finais esperadas para o estudante e que serviria de base para as diretrizes curriculares para o Internato. (STREIT; MACIEL; ZANOLLI, 2009).

Em 2012, a ABEM, com o apoio do Ministério da Saúde (MS), desenvolveu o projeto *ABem 50 anos – 10 anos de DCN*, com um subprojeto direcionado ao Internato. Esse projeto objetivou: estabelecer diretrizes nacionais para o Internato em consonância com as DCNs para o curso de graduação em medicina; conhecer o perfil do internato desenvolvido nas escolas médicas; e identificar as atividades por área e cenários de prática, realizados pelo interno, com a finalidade de atingir as competências específicas para o Internato que havia sido desenvolvida no projeto anterior (LAMPERT; BICUDO, 2014).

As Diretrizes Nacionais da ABEM (2014, p. 76), para o Internato Médico, definem como objetivos do Internato:

... contribuir para a formação de um médico generalista, humanista, crítico e reflexivo, capaz de atuar no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, devendo o interno assumir durante este período responsabilidade crescente pelo atendimento e pelas condutas diagnósticas e terapêuticas dos pacientes, sempre orientado e supervisionado por docentes, médicos plantonistas e médicos residentes.

No que concerne às políticas públicas, em 2013, foi promulgada a Lei nº 12.871 e instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos, na área médica, para o SUS. Os objetivos do programa eram: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias; fortalecer a Atenção Básica; aprimorar a formação médica e aumentar a experiência prática durante o processo de formação, a fim de ampliar a inserção do graduando em cenários de prática do SUS e desse modo, propiciar o desenvolvimento da consciência sobre a realidade de saúde da população brasileira; fortalecer a política de educação permanente e a integração ensino-serviço, por intermédio da atuação das instituições de educação superior, na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais de saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; e orientar a formação para profissionais capazes de atuar nas políticas públicas de saúde do País, na organização e funcionamento do SUS e estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2013).

De maneira a alcançar esses objetivos, no que se refere à formação médica e, em especial ao Internato Médico, a Lei n.12.871/2013 determina no primeiro parágrafo do Art.4º, do Capítulo III:

Ao menos 30% (trinta por cento) da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de 2 (dois) anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais. (BRASIL, 2013).

Essa mesma lei, em seu Art. 12 do Capítulo III estabelece que as instituições superiores, com cursos de Medicina e Programas de Residência Médica podem firmar Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) com os Secretários Municipais e Estaduais, com a finalidade de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade que permita a integração ensino-serviço (BRASIL, 2013).

Lampert (2006, p. 81) salientou que a desvinculação ensino-serviço teve início na idade média, quando as escolas surgem como instituição, constituídas como organização, com estrutura e sistema administrativo, totalmente, independentes da rede de serviços, o que culminava na separação entre o trabalho manual e o trabalho intelectual. A dissociação entre a escola e o serviço é observada, ainda, nos dias atuais. Como exemplo desta desvinculação, citam-se os hospitais universitários, criados para atender ao ensino prático dos cursos das áreas da saúde. O atendimento aos pacientes era consequência da tarefa de ensinar a prática profissional.

No caminho para o fortalecimento da integração “ensino-serviço-comunidade”, no âmbito do SUS, o COAPES explicita o papel da gestão da saúde pública na formação médica; esclarece a necessidade de comprometimento das instituições de ensino no enfrentamento dos problemas de saúde locais; e prioriza a participação ativa da comunidade. Define que cada região de saúde deve estabelecer um único COAPES, reunindo todas as IES, os programas de residência em saúde e os gestores de todas as esferas da saúde pública envolvidas. Esse novo cenário tem como objetivo minimizar os efeitos: das instabilidades políticas, originadas pelas frequentes mudanças dos gestores; da infraestrutura limitada dos serviços de saúde; do isolamento de instituições em relação à rede de assistência; da dificuldade de cenários de prática em municípios com um número grande de escolas (BRASIL, 2015).

Existe a necessidade de adaptação das DCNs a essa determinação legal. Desse modo, as novas Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Medicina são instituídas pela Resolução CNE/CES, de 20 de junho de 2014. No seu Art. 24º, determina que a formação em Medicina deve incluir o estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de Internato, sob supervisão, em serviços próprios, conveniados ou em regime de parcerias (BRASIL, 2014).

Além de reafirmar a obrigatoriedade do Internato como etapa final da graduação médica, as DCNs de 2014, em acordo com a Lei n.12.871, estabeleceram que: a preceptoria, exercida por profissionais do serviço de saúde, teria a supervisão de docentes próprios das IES; a carga horária do Internato representaria, no mínimo, 35% da carga horária total do curso; o mínimo de 30% da carga horária, prevista para o Internato, seria desenvolvida na Atenção Básica e em serviços de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se a duração mínima de dois anos para o Internato Médico; a carga horária, destinada à Atenção Básica, deveria predominar sobre a carga horária destinada à área de Urgência e Emergência; as atividades, voltadas para a Atenção Básica, deveriam ser desenvolvidas no âmbito da Medicina Geral de Família e Comunidade; os 70% da carga horária restante incluiriam, obrigatoriamente, as áreas de Clínica Médica, de Cirurgia, de Ginecologia-Obstetrícia, de Pediatria, de Saúde Coletiva e Saúde Mental, em atividades eminentemente práticas, nas quais a carga horária, destinada as atividades teóricas, compreenderia até 20% do total por estágio; poderia vir a ser autorizada, pelo colegiado do curso, a realização, com até 25% da carga horária total estabelecida, de estágio fora da Unidade da Federação em que se localizasse a IES, preferencialmente, nos serviços do SUS, ou em Instituição conveniada que mantivesse os programas de Residência, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica, ou em

outros programas de qualidade equivalente, em nível internacional; os períodos de plantão poderiam atingir até 12 horas diárias, observado o limite de 40 horas semanais, nos termos da Lei Federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008. (BRASIL, 2014).

A promulgação da Lei do Programa Mais Médicos e, em seguida, a instituição das DCNs de 2014 trouxeram às Escolas Médicas a obrigatoriedade de cumprir o mínimo de 30% da carga horária do Internato em Atenção Básica e Urgência e Emergência. Nessa mudança curricular existe a expectativa que o egresso adquira competência para a realização do atendimento aos pacientes, nesses cenários de atuação profissional.

As DCNs de 2001 não contemplavam, de maneira específica, o ensino da Atenção Básica e de Urgência e Emergência, apesar de ser nessa área de atuação profissional que o médico recém-formado encontrava as principais oportunidades de emprego. Assim, o fato do ensino de Atenção Básica e Urgência e Emergência não apresentarem destaque na graduação médica evidenciava um paradoxo, uma vez que era notória a necessidade de formação de um profissional com competência para atuação nesses cenários.

No que concerne, especialmente, ao Internato Médico, diversas determinações e desafios foram apresentados, com força de lei, pelas DCNs de 2014. O prazo para a implantação progressiva, dessas determinações pelas Escolas Médicas, foi estabelecido para 31 de dezembro de 2018.

4 PERCURSO METODOLÓGICO



4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA

Para o alcance dos objetivos, foi desenvolvida uma pesquisa exploratória, descritiva, do tipo corte transversal que utilizou abordagens qualitativas e quantitativas, o que possibilitou a complementaridade dos dados.

As pesquisas exploratórias são aquelas, cujo propósito é o de conhecer melhor o objeto a ser estudado e permitir uma visão mais geral. Elas têm como objetivo principal, tornar, mais explícito, o estudo de um problema ou construir hipóteses (GIL, 2010, p.27).

As pesquisas descritivas objetivam descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. Podem também ser elaboradas com a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis (GIL, 2010, p.27).

Em estudos transversais, coletam-se, simultaneamente, de um grupo ou população de indivíduos, informações sobre uma variedade de características. Podem ser vistos como avaliações fotográficas de grupos ou populações de indivíduos. Uma relação de associação não sugere, necessariamente, uma relação de causalidade, ou causa e efeito. Como vantagens desse tipo de estudo, destacam-se o baixo custo, a simplicidade na análise dos dados, o alto potencial descritivo e a rapidez na coleta de dados, acompanhada de facilidade na representatividade de uma população (NEWMAN *et al.*, 2007).

Minayo (2014) afirmou que as abordagens qualitativas se aplicam ao estudo das relações, das representações, das percepções, das opiniões que resultam do modo como o sujeito pensa, sente, insere-se no contexto social e na maneira como se relaciona. As abordagens qualitativas são adequadas para as seguintes investigações: os grupos delimitados; as histórias sociais que considerem o ponto de vista dos sujeitos e das relações; e a análise de discursos e documentos. Sobre a associação de métodos qualitativos e quantitativos a autora salientou:

...em lugar de se oporem, os estudos quantitativos e qualitativos, quando feitos em conjunto, promovem uma mais elaborada e completa construção da realidade, ensejando o desenvolvimento de teorias e de novas técnicas cooperativas..” (MINAYO, 2014 p.76)

4.2 CONTEXTO DA PESQUISA

A presente pesquisa foi realizada no Estado do Rio de Janeiro, situado na Região Sudeste do País, que possuía, no momento da coleta dos dados, 19 cursos de medicina em 15 Escolas Médicas (4 escolas médicas possuem 2 cursos). Os dados foram obtidos no site emec.mec.gov.br, no dia 28 de março de 2016.

Dos 19 cursos de medicina em atividade, 10 estão localizados na Região Metropolitana do Estado e os outros 9 se localizam em 5 diferentes regiões: 2 na Região Norte, 2 na Região Noroeste, 2 na Região Serrana, 2 na Região Médio Paraíba e 1 na Região Centro-sul. Somente a Região dos Lagos não possui cursos de medicina.

Dos 19 cursos, 14 pertencem às Instituições Privadas e 5 pertencem às Instituições Públicas. Somente um curso de Instituição Pública não está localizado na Região Metropolitana.

Na pesquisa, foram incluídas as Escolas Médicas públicas e privadas, reconhecidas pelo MEC que tinham, no mínimo, uma turma de alunos, formados ao final do ano de 2016.

Foram excluídos da pesquisa, 2 cursos por não possuírem uma turma de alunos formados no ano de 2016.

O perfil dos cursos, selecionados para participação na pesquisa, estão resumidos no Quadro 1.

Quadro 1: Perfil dos cursos de medicina das Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro, em que estão inseridos os participantes da pesquisa

Escola	Início de Funcionamento	Periodicidade	Número de Vagas / Ano	Organização Acadêmica	Categoria Administrativa
1	31/01/1968	Semestral	100	Faculdade	Privada sem fins lucrativos
2	10/04/1970	Semestral	144	Centro Universitário	Privada sem fins lucrativos
3	15/05/1971	Anual	192	Faculdade	Privada sem fins lucrativos
4	31/10/1967	Anual	110	Faculdade	Privada sem fins lucrativos
5	16/02/1936	Semestral	94	Universidade	Pública Estadual
6	22/04/1997	Semestral	110	Universidade	Privada sem fins lucrativos
7	08/08/2007	Semestral	110	Universidade	Privada sem fins lucrativos
8	30/04/1997	Semestral	240	Universidade	Privada com fins lucrativos
9	10/04/1912	Semestral	160	Universidade	Pública Estadual

Fonte: site emec.mec.gov.br em 28 de março de 2016

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os dados foram coletados junto aos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores Gerais de Internato. Quando a Escola Médica possuía ambos os cargos, Coordenadores de Curso e Diretores de Curso, a preferência da coleta de dados foi junto ao Coordenador de Curso. Os 17 Coordenadores/Diretores de Curso foram contatados, a partir dos dados disponíveis na página <http://emec.mec.gov.br/> por meio de consulta realizada, até o dia 28 de março de 2016. Os Coordenadores de Internato foram identificados, a partir da indicação dos Coordenadores de Curso.

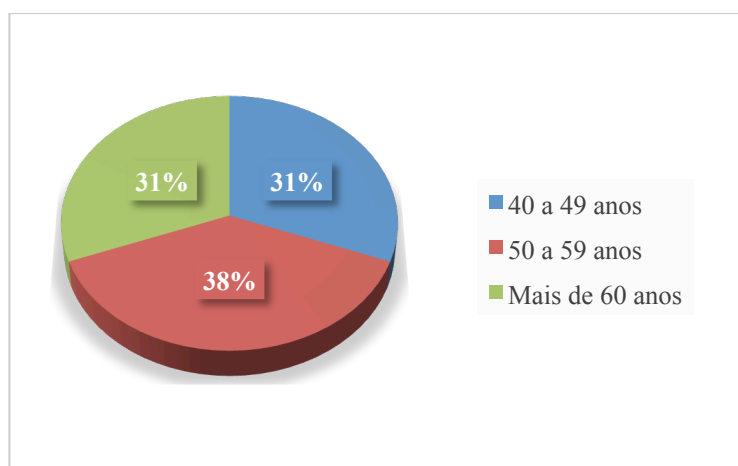
Dentre os 17 Coordenadores/Diretores de Curso contatados e convidados a participar da pesquisa, 9 Coordenadores/Diretores de Curso responderam o instrumento de pesquisa enviado (53% do universo).

Alegando não haver o cargo na sua Escola, 4 Coordenadores/Diretores de Curso não indicaram o Coordenador de Internato. Em umas das Escolas, o Coordenador de Internato foi excluído por participação direta nessa pesquisa. Desse modo, 4 Coordenadores de Internato responderam o instrumento de pesquisa enviado.

A população total do estudo foi representada por 13 participantes, dos quais 9 Coordenadores/Diretores de Curso e 4 Coordenadores de Internato. Representam as Instituições Públicas, 4 Coordenadores e 9 Coordenadores representam Instituições Privadas. Dos 13 participantes, 7 são do sexo feminino e 6 são do sexo masculino.

Em relação a faixa etária, 31% dos Coordenadores têm entre 40 e 49 anos, 38% entre 50 e 59 anos e 31% têm mais de 60 anos (Gráfico 1).

Gráfico 1: Distribuição amostral, referente à faixa etária dos participantes da pesquisa.



Fonte: protocolo de pesquisa

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O processo de construção do Instrumento de Coleta de Dados se deu em constante diálogo com as questões da pesquisa e foi elaborado de modo a preservar o anonimato dos participantes.

O Instrumento de Pesquisa possui 3 partes:

A primeira parte é composta por um questionário com perguntas fechadas para a caracterização dos participantes de pesquisa (Apêndice I).

A segunda parte é constituída por um questionário com perguntas fechadas e abertas, a fim de conhecer o estado atual e as estratégias utilizadas pelos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato, para a implantação das DCNs de 2014 (Apêndice I).

De acordo com Gil (2010, p.102-103):

o questionário representa um conjunto de questões que são respondidas por escrito pelo pesquisado... as técnicas de interrogação possibilitam a obtenção de dados a partir do ponto de vista dos pesquisados, são muito úteis para obtenção do que a pessoa sabe, crê ou espera, sente ou deseja.... O questionário possui a vantagem de ser um meio barato e rápido de obtenção de informações.

A terceira parte do Instrumento é representada por uma escala atitudinal do tipo Likert, para apreender a opinião/avaliação dos participantes da pesquisa, sobre as DCNs de 2014, a respeito do Internato Médico e levantar as principais dificuldades apontadas pelos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores do Internato, na operacionalização dessas diretrizes no Internato Médico.

Partiu-se do pressuposto que uma escala é um instrumento construído com o objetivo de medir a intensidade das opiniões e atitudes, da maneira mais objetiva possível. Ela “possibilita o estudo de opiniões e atitudes de forma precisa e mensurável. Isto implica transformar fatos que habitualmente são vistos como qualitativos em fatos quantitativos”. (GIL, 1987, p.137).

Essa escala é composta por uma série de afirmações em relação ao objeto pesquisado, na qual o respondente não apenas concorda ou discorda da afirmação, mas também indica o grau de concordância ou discordância. (MATTAR, 2005).

A Escala de Likert foi publicada, em 1932, por Rensis Likert e se caracterizou por ser bidimensional e apresentar cinco opções fixas de resposta, partindo do “aprovo fortemente” ao “desaprovo fortemente”, com a introdução do ponto neutro no meio da escala, “indeciso”. As escalas que não contenham as cinco opções de resposta, são consideradas escalas “tipo Likert” (DALMORO; VIEIRA, 2013).

A escala atitudinal “tipo Likert”, que compõe o instrumento, foi dividida em três dimensões, criadas e direcionadas a partir dos objetivos da pesquisa:

- Determinações gerais e legais das DCNs de 2014.
- Recomendações das DCNs de 2014 para a Atenção Básica e Urgência e Emergência, no Internato Médico.

- Dificuldades/sugestões na operacionalização das determinações das DCNs de 2014, no Internato Médico.

A partir das dimensões, foram elaboradas de seis a oito assertivas para cada uma, com o objetivo de apreender a percepção dos participantes da pesquisa, referentes aos aspectos contidos em cada uma delas.

Para a escolha das assertivas que compõem a primeira dimensão: **Determinações gerais e legais das DCNs de 2014**, partiu-se dos seguintes embasamentos teóricos:

- 1- A promulgação da Lei nº 12.871, em outubro de 2013, institui o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS. Constam como objetivos do Programa descritos no Art.1º do Capítulo I: “a redução da carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde”; “fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País”; “aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação”.
- 2- O inciso 1º, do Art. 24º, do Capítulo III, das DCNs de 2014 diz que: “A preceptoria exercida por profissionais do serviço de saúde terá supervisão de docentes próprios da Instituição de Educação Superior”.
- 3- O Art. 24º, do Capítulo III, das DCNs de 2014, determina que “A formação em Medicina incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de Internato, sob supervisão, em serviços próprios, conveniados ou em regime de parcerias estabelecidas por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, conforme previsto no Art. 12º da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013”.
- 4- No parágrafo I, do inciso 1º, do Art.12º, da Lei 12.871, diz que o Contrato Organizativo poderá estabelecer: “garantia de acesso a todos os estabelecimentos assistenciais sob a responsabilidade do gestor da área de saúde, como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação...”.
- 5- O inciso 6º, do Art. 24º, do Capítulo III, das DCNs de 2014 torna obrigatória a inclusão da área de Saúde Mental, junto às demais áreas já obrigatórias nas DCNs de 2001, nos 70% (setenta por cento) da carga horária restante.

- 6- O inciso 10º, do Art. 24º, do Capítulo III, das DCNs de 2014 ressalta que a jornada semanal de prática compreenderá períodos de plantão que poderão atingir até 12 (doze) horas diárias, observando o limite de 40 (quarenta) horas semanais, nos termos da Lei Federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008 que dispõe sobre o estágio de estudantes.
- 7- O Art. 38º, do Capítulo III, das DCNs de 2014 determina que “nos cursos iniciados antes de 2014, as adequações curriculares deverão ser implantadas progressivamente, até 31 de dezembro de 2018”.

Para a escolha das assertivas que compõem a segunda dimensão: **Recomendações das DCNs de 2014 para a Atenção Básica e Urgência e Emergência no Internato Médico**, partiu-se dos seguintes embasamentos teóricos:

- 1- A Constituição Federal de 1988 institui o SUS e define que a formação de recursos humanos está inserida em suas competências. As DCNs do curso de graduação em Medicina que têm o SUS como seu principal ordenador, orientam que a formação profissional seja direcionada às necessidades de saúde da população, seja prioritária a integração ensino-serviço-comunidade, a capacidade de atuação nos diferentes níveis de atenção com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, no contexto individual e coletivo, descentralizando o ensino de medicina dos hospitais e estabelecendo a Estratégia de Saúde da Família como o modelo prioritário para reordenação da atenção primária à saúde (BRASIL, 2014; DEMARZO *et al.*, 2012).
- 2- A Atenção Básica deve representar a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde e tem potencial para resolução de 80% dos agravos da população. Dessa forma, a inserção, neste campo de prática, do estudante de vários cursos da área de saúde é necessária para possibilitar a formação de profissionais com competências para atuar nesse contexto (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015; BRASIL, 2006).
- 3- A Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, considera a transformação do Programa de Saúde da Família em uma estratégia de abrangência nacional. Define Atenção Básica como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde...É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos e ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

- 4- A Atenção Básica tem, como um de seus princípios, o acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive aquelas que demandam cuidados em saúde mental. Desenvolve ações em um território conhecido que possibilita a proximidade dos profissionais de saúde com o paciente e seus vínculos familiares e com a comunidade, permitindo conhecer suas histórias de vida e as interações no contexto social, em que estão inseridos. Torna-se estratégica, pois permite o acesso do usuário às equipes de saúde e vice-versa (BRASIL, 2013b).
- 5- Como determina o inciso 3º, do Art. 24º, do Capítulo III, das DCNs de 2014: “O mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina será desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS...” (BRASIL, 2014).
- 6- Uma pesquisa coordenada pela Fiocruz “Perfil dos Médicos no Brasil” mostrou que 70% (setenta por cento) dos médicos brasileiros dedicam parte de sua carreira ao trabalho em urgência e emergência, principalmente, nos anos iniciais da vida profissional (MACHADO, 1997).
- 7- É fundamental que os egressos dos Cursos de Graduação em Medicina tenham competências, habilidades e atitudes para atuarem de maneira efetiva no atendimento de pacientes, nos diversos cenários de urgência e emergência (LAMPERT; BICUDO, 2014).
- 8- Em Países de Primeiro Mundo, é consenso a utilização de diversos cenários de simulação médica de procedimentos, de prescrição, de atendimento e de discussão de casos, com a utilização de protocolos e diretrizes clínicas. Esses cenários antecipam e problematizam as situações reais, são eficazes no aprimoramento da formação médica e refletem na redução de iatrogenias. (LAMPERT; BICUDO, 2014).

Para a escolha das assertivas que compõem a terceira dimensão: **Dificuldades/sugestões na operacionalização das determinações das DCNs de 2014 no Internato Médico**, partiu-se dos seguintes embasamentos teóricos:

- 1- Como determina o inciso 3º, do Art. 24º, do Capítulo III, das DCNs de 2014: “O mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o Internato médico da Graduação em Medicina será desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS...”, e no inciso 6º do mesmo artigo: “os 70% (setenta por cento) da carga horária restante incluirão necessariamente, aspectos essenciais das áreas de Clínica Médica Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental, em atividades eminentemente práticas.” (BRASIL, 2014).
- 2- Como ressalta o Art.18º, da Seção 4 – Cenários de Aprendizagem -Capítulo III – Estruturação do Internato das Diretrizes Nacionais da ABEM para o Internato Médico: “Devem ser mantidas no máximo as seguintes relações entre interno, paciente e preceptores por cenário de ensino/aprendizagem: 2 alunos/paciente ambulatorial/docente ou preceptor; 2 a 4 alunos/equipe PSF; 2 alunos/paciente/docente ou preceptor/emergência/urgência” (LAMPERT; BICUDO, 2014).
- 3- A função do médico plantonista em Urgências e Emergências é, frequentemente, desgastante e exige intensa concentração, baixa remuneração, jornada de trabalho prolongada, más condições de trabalho e excesso de responsabilidade (MACHADO, 1997).
- 4- O inciso 3º, do Art. 24º, do Capítulo III, das DCNs de 2014 sinaliza que o “internato médico da Graduação em Medicina será desenvolvido ... em Serviço de Urgência e Emergência do SUS...” (BRASIL, 2014).
- 5- O ensino médico, da primeira metade do século XX, é marcado pelo modelo flexneriano, o qual definia o hospital universitário como o centro da formação médica, o ensino centrado nas doenças, a separação do ciclo básico-clínico, pautado em uma racionalidade anatomoclínica, com ênfase no modelo biomédico que levou a avanços significativos no ensino da medicina e que, até nos dias atuais, permanece como forte influência na formação médica (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015).

- 6- O COAPES tem por objetivo garantir o acesso de estabelecimentos de saúde, como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e estabelecer o funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2015). Contudo, conforme os dados do Portal da Saúde até junho de 2016, dois COAPES foram assinados: Universidade da Bahia e Minas Gerais (portaldasaude.saude.gov.br).

Abaixo estão listadas as assertivas para cada dimensão estudada e a numeração dada as assertivas após a randomização:

a) Determinações gerais e legais das DCNs de 2014.

(A21)	A elaboração das DCNs de 2014 a partir da Lei dos Mais Médicos foi um avanço significativo para o funcionamento dos Cursos de Graduação em Medicina.
(A11)	Frente ao cenário atual, com a evidente falta de recursos humanos, a obrigatoriedade da preceptoria no Internato Médico ser exercida por profissionais do serviço de saúde com supervisão dos docentes próprios da Instituição de Educação Superior é impossível de ser cumprida.
(A6)	O Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Serviço (COAPES) com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde é a opção mais adequada para a garantia de aumento da oferta de campos de prática de qualidade para os estudantes no Internato.
(A1)	A inclusão da área de Saúde Mental no Internato Médico deve ser obrigatória, considerando a progressiva reinserção de pacientes com doenças psiquiátricas na sociedade e também no atendimento médico.
(A17)	Os períodos de plantão de até 12 (doze) horas diárias, respeitando o limite de 40 (quarenta) horas semanais, são adequados para propiciar o rendimento no aprendizado e evitar a exaustão do aprendente.

(A12)	Dado o grande volume de modificações contidas nas DCNs de 2014 no tocante ao Internato Médico o prazo limite de 31 de dezembro de 2018 para a adequação completa do Internato Médico é insuficiente.
--------------	--

b) Recomendações das DCNs de 2014 para a Atenção Básica e Urgência e Emergência no Internato Médico.

(A7)	A Atenção Básica deve fazer parte do núcleo central das atividades discentes desenvolvidas no Internato Médico, visto que tem capacidade de resolução de 80% dos problemas de saúde da população.
(A2)	As atividades voltadas para a Atenção Básica deverão ser realizadas no âmbito da Medicina Geral de Família e Comunidade.
(A13)	O treinamento do interno na área de Saúde Mental no Internato Médico deve ser realizado no cenários de Atenção Básica.
(A18)	O treinamento do interno em cenários de Atenção Básica e Urgência e Emergência deve representar, no mínimo, 30% da carga horaria total do Internato Médico, o que significa pelo menos 6 (seis) meses nestes cenários.
(A8)	As atividades de Urgência e Emergência devem ter destaque no Internato Médico, pois grande parte dos egressos iniciam suas atividades profissionais nesses campos de prática.
(A3)	O desenvolvimento de atividades em ambiente pré-hospitalar durante o Internato é fundamental para o desenvolvimento das competências para a atuação na área de Urgência e Emergência.
(A14)	As atividades em ambientes controlados (laboratórios de simulação) são fundamentais no desenvolvimento das atividades de Urgência e Emergência no Internato Médico.

c) Dificuldades/sugestões na operacionalização das determinações das DCNs de 2014 no Internato Médico.

(A19)	É necessário o aumento do tempo de Internato Médico para além dos dois anos obrigatórios, tendo em vista às determinações das DCNs de 2014.
(A9)	A implantação de, no mínimo, 30% da carga horaria total do Internato Médico em Urgência e Emergência/Atenção Básica é uma tarefa difícil de ser operacionalizada no Internato Médico de minha escola.
(A4)	A precariedade dos cenários de Urgência e Emergência no âmbito do SUS e a não fixação de profissionais nos serviços de urgência são desafios ao desenvolvimento de atividades docentes nesse contexto.
(A15)	O desenvolvimento das atividades do Internato em cenários de Urgência e Emergência restritos aos serviços públicos é impossível de ser colocado em prática no cotidiano da minha escola.
(A20)	O tempo do estágio nos cenários de Medicina de Família e Comunidade preconizados nas DCNs de 2014 é excessivo, podendo ser reduzido.
(A10)	A cultura já enraizada de um Internato Médico hospitalocêntrico impossibilita o desenvolvimento de atividades em campos de prática extra-hospitalares.
(A5)	O limite de 40 horas semanais para realização de atividades do Internato, aí incluídas no máximo 12 (doze) horas de plantão diárias é uma tarefa possível de ser implantada.
(A16)	O Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) tem se mostrado um meio simples para a pactuação de parcerias e aproximação ensino-serviço-comunidade.

A escala ficou composta por 21 assertivas que avaliaram as três dimensões, em que: 6 para a 1ª dimensão, 7 para a 2ª dimensão e 8 assertivas para a 3ª dimensão. Para cada assertiva, as opções de resposta foram: concordo totalmente, inclinado a concordar, inclinado a discordar e discordo totalmente. O ponto neutro não foi utilizado, com o objetivo de evitar a indiferença do respondente. As opções de resposta foram pontuadas de 1 a 4, em que a percepção positiva teve a pontuação mais elevada em relação à assertiva (Pontuação: 4) e a percepção negativa, em relação à assertiva, a pontuação a mais baixa (Pontuação: 1). Os critérios utilizados para a escolha da pontuação foram as Diretrizes, Regulamentações e Leis que envolvem os temas abordados nas três dimensões. A pontuação mais alta é a opção de resposta que se encontra em conformidade com tais determinações, ou seja, a opção “Concordo Totalmente” tem a pontuação mais elevada. Algumas assertivas do instrumento são negativas em relação às Diretrizes e Leis e, assim, a pontuação das respostas se invertem, em que o “discordo totalmente” tem a pontuação máxima. As seguintes assertivas tiveram pontuação invertida: A4, A9, A10, A11, A12, A15, A19, A20.

Para a formatação final do instrumento de coleta de dados, as assertivas da escala atitudinal foram randomizadas e o critério utilizado foi a renumeração progressiva de quatro em quatro assertivas, de maneira linear, com a inclusão das três dimensões pesquisadas. No Quadro 2, estão descritas a numeração de cada assertiva após randomização e sua respectiva dimensão.

Quadro 2: Numeração de cada assertiva e a distribuição em suas respectivas dimensões.

DIMENSÕES		ASSERTIVAS
Dimensão – 01	Determinações gerais e legais das DCNs de 2014	1, 6, 11, 12, 17 e 21
Dimensão – 02	Recomendações das DCNs de 2014 para a Atenção Básica e Urgência e Emergência no Internato Médico.	2, 3, 7, 8, 13, 14 e 18
Dimensão – 03	Dificuldades/sugestões na operacionalização das determinações das DCNs de 2014 no Internato Médico.	4, 5, 9, 10, 15, 16, 19 e 20

Fonte: protocolo de pesquisa.

O formato final do Instrumento de Pesquisa se encontra no Apêndice I.

4.5 O PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

O primeiro contato, com os participantes da pesquisa, foi realizado por meio eletrônico, via e-mail, no qual a pesquisadora se apresentou e explicou os objetivos da pesquisa, esclareceu a importância da participação e o motivo do envio da carta convite e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em que garantia o anonimato dos participantes da pesquisa. Em seguida ao contato e assinatura do TCLE, foi iniciada a coleta de dados. O formato final do TCLE é apresentado no Apêndice II.

No primeiro momento da coleta de dados, o instrumento de pesquisa foi enviado por e-mail, em formato eletrônico, para acesso por meio do link: <https://goo.gl/forms/vnfm9OEJTayzIPh2>, em única etapa. Caso não houvesse resposta em até 15 dias, seria realizada uma nova tentativa, com um novo envio. Após mais 15 dias, para os participantes que não tivessem enviado o instrumento respondido, seria feito o contato telefônico da pesquisadora com os participantes da pesquisa para formalizar o convite e reforçar o cuidado na preservação do anonimato.

A coleta de dados teve início em outubro de 2016 e foi finalizada em abril de 2017. Foi construído um banco de dados numa planilha em formato Excel que foi utilizada, posteriormente, na análise dos dados.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

As respostas das questões abertas foram submetidas a análise de conteúdo, na modalidade análise temática. Franco (2005) salientou que a análise de conteúdo é um procedimento de pesquisa que tem, como base, a comunicação e, como ponto de partida, a mensagem fornecida pelo sujeito de pesquisa. Posteriormente à interpretação e leitura das entrelinhas realizadas pelo pesquisador, permite a realização de inferências sobre os elementos da mensagem e o consequente surgimento de informações, de conhecimentos e de associações entre elementos que vão, muito além, daquele fornecido somente pela mensagem inicial. De acordo com a autora, “a produção de inferências é o que confere a esse procedimento relevância teórica, já que a informação puramente descritiva, sobre o conteúdo é de pequeno valor.” (FRANCO, 2005, p. 26)

Partiu-se da definição de dois núcleos direcionadores, determinados com a finalidade de responder às questões e aos objetivos dessa pesquisa.

- Adequação do Internato Médico às DCNs de 2014
- Estratégias utilizadas e/ou planejadas para essa adequação

Em seguida, iniciou-se a leitura flutuante exaustiva de todos os dados, a partir dos quais, foram identificadas as unidades de contexto (UC) que representavam a parte mais ampla do conteúdo analisado e que imprimiam significado aos núcleos direcionadores investigados. Depois da identificação das UC, seguiu-se com a identificação das unidades de registro (UR) que eram os elementos obtidos por meio da decomposição do conteúdo, previamente, determinado pela UC. Assim, representou a menor parte do conteúdo e pôde ser uma palavra, uma frase ou uma oração. A contar da identificação das UR, foi realizada a categorização dos dados, num processo de classificação, de diferenciação e de agrupamento, emergindo as categorias e subcategorias. Ao final, foi identificada a frequência das UR de acordo com as categorias levantadas. (FRANCO, 2005)

As questões fechadas do instrumento de coleta de dados foram tabuladas e apresentadas em percentuais. Os recursos estatísticos utilizados foram: Análise Fatorial, Gráficos de Barras, planilha eletrônica MS-Excel, em sua versão do MS-Office 2010 para a organização dos dados e o pacote estatístico IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences), em sua versão 23.0 para a obtenção dos resultados.

Na pesquisa, a escala de percepção utilizada teve a sua análise baseada em três intervalos de pontuação: de 1 a 1,99 pontos, a percepção é negativa e mudanças de curto prazo devem ser tomadas; de 2,00 a 2,99 pontos, a percepção revela aspectos a serem melhorados e exige medidas a médio prazo; e de 3,00 a 4,00 pontos, a percepção é positiva e pode ser potencializada, mas a princípio, o objeto ou situação pesquisada, encontra-se numa zona de conforto (FERREIRA, 2004).

A interpretação das percepções foi baseada na pontuação alcançada em cada assertiva, e os resultados das médias, após tratamento estatístico, foram agrupados conforme o quadro 3.

Quadro 3: Intervalo das médias, classificação e providências.

Intervalo das médias	Classificação	Providências
1,00 – 1,99	Perigo	Mudanças Imediatas
2,00 – 2,99	Alerta	Aprimoramento
3,00 – 4,00	Conforto	Manutenção

Fonte: (FERREIRA, 2004).

4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

Essa pesquisa obedeceu aos princípios éticos das boas práticas de pesquisa em seres humanos, conforme a regulamentação nacional (Resolução 466/2012) que foi encaminhada para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de São Paulo e seu início foi vinculado à aprovação desse comitê. O número do parecer de aprovação é 1.727.490, datado de 15 de setembro de 2016.

Todos os Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato, que participaram, da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

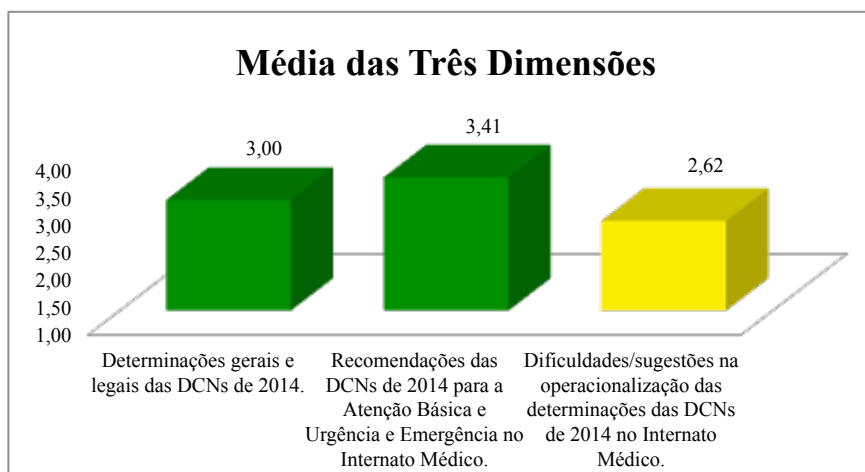
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão, apresentados nessa pesquisa, incorporam a opinião/avaliação dos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato sobre as determinações das DCNs de 2014 e as dificuldades e estratégias apontadas na sua operacionalização, bem como o momento atual do Internato nas Escolas Médicas participantes dessa investigação.

A opinião/avaliação dos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato sobre as determinações das DCNs de 2014 e as dificuldades apontadas na sua operacionalização, no que se refere ao Internato Médico, foram obtidas a partir da análise da escala atitudinal do tipo Likert que compôs o instrumento de pesquisa, com a exploração das três dimensões: *Determinações gerais e legais das DCNs de 2014*, *Recomendações das DCNs de 2014 para a Atenção Básica e Urgência e Emergência no Internato Médico* e *Dificuldades/sugestões na operacionalização das determinações das DCNs de 2014 no Internato Médico*.

Como observado no gráfico 2, a primeira e a segunda dimensão se encontram situadas na zona de conforto e a terceira dimensão na zona de alerta, o que indica a necessidade de aprimoramento.

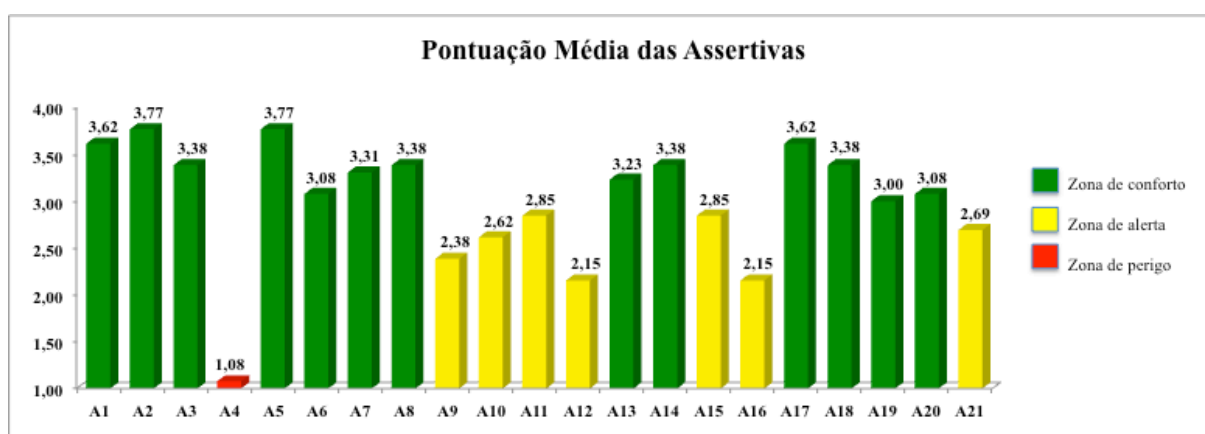
Gráfico 2: Perfil Geral Atitudinal, por Dimensão, sobre “Opinião/avaliação dos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato sobre as determinações das DCNs de 2014, e as dificuldades apontadas na operacionalização destas determinações no tocante ao Internato Médico”, São Paulo, 2017.



Fonte: protocolo de pesquisa.

Quando foi avaliada a totalidade das assertivas que compuseram as três dimensões, observaram-se pontos de maior ou menor preocupação, como pode ser visto no gráfico 3.

Gráfico 3: Perfil Geral Atitudinal, por assertiva, sobre “Opinião/avaliação dos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato sobre as determinações das DCNs de 2014, e as dificuldades apontadas na operacionalização destas determinações no tocante ao Internato Médico”, São Paulo, 2017.



Fonte: protocolo de pesquisa.

Foram utilizadas as questões fechadas e as questões abertas para conhecer o estado atual do Internato Médico, no que diz respeito aos principais indicadores das DCNs de 2014 e às estratégias utilizadas/planejadas para a implantação das determinações dessas Diretrizes, no Internato.

Sob a ótica dos Coordenadores de Curso e Coordenadores de Internato participantes da pesquisa, a análise das questões abertas evidenciou que todas as Escolas Médicas estão em movimento para se adequarem às determinações das DCNs de 2014 e permitiu identificar 11 (onze) categorias e 22 (vinte e duas) subcategorias, descritas no quadro abaixo:

Quadro 4: Categorias e subcategorias

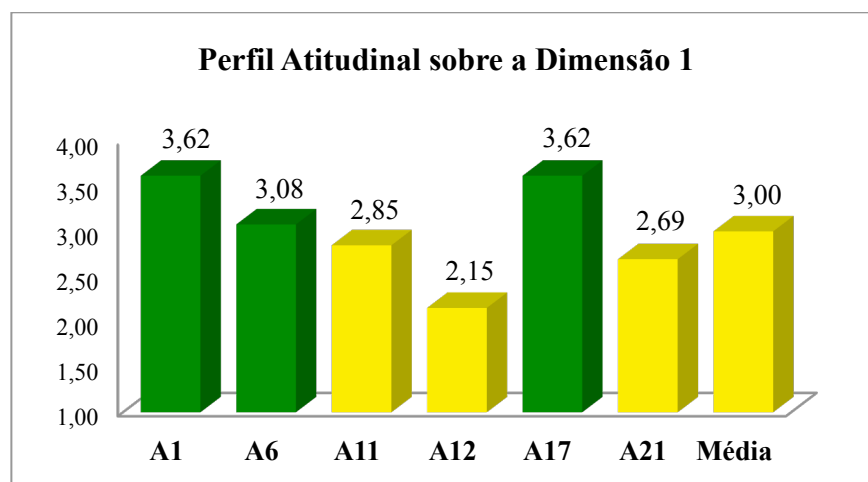
CATEGORIAS	UR (nº)
1. Adequação do Internato à duração mínima de dois anos na graduação médica	3
2. Adequação de carga horaria e do tempo de duração dos estágios no Internato	13
- ampliação de carga horaria AB	3
- ampliação de carga horária U/E	2
- redução da carga horaria de estágio fora da IES	1
3. Proposta de implantação do ensino de Atenção Básica no Internato Médico	1
4. Reestruturação de iniciativas já existentes, no tocante ao ensino da Atenção Básica	12
- ampliação e diversificação de cenários de prática específicos para AB	6
- instituição da obrigatoriedade do estágio em AB	4
- desenvolvimento de atividades em interface com as áreas de Clínica Médica e Pediatria	1
5. Proposta de implantação do ensino de Urgência e Emergência no Internato Médico	4
- criação de cenários de prática específicos para U/E	2
- criação de Laboratórios de Simulação	1
6. Reestruturação de iniciativas já existentes, no tocante ao ensino de Urgência e Emergência	14
- ampliação e diversificação de cenários de prática de U/E	5
- instituição da obrigatoriedade do estágio em U/E	3
- desenvolvimento de atividades de U/E em plantões de enfermaria	3
- ampliação de atividades de U/E com a criação de estágios eletivos	2
- ampliação de atividades de U/E com treinamento em laboratórios de simulação	1
- desenvolvimento de atividades U/E em Unidades de Pronto Atendimento	1
7. Proposta de implantação do ensino de Saúde Mental no Internato Médico	13
- criação de cenários de prática específicos para SM	2
- proposta de abordagem transversal da saúde mental em todos os módulos do Internato Médico	1
- proposta de implementação de atividades de Saúde Mental no âmbito da Atenção Básica	1
8. Reestruturação de iniciativas já existentes, no tocante ao ensino de Saúde Mental	8
- ampliação e diversificação de cenários de prática específicos para Saúde Mental	5
- obrigatoriedade do estágio em Saúde Mental	3
9. Reestruturação do Internato Médico no tocante ao ensino de Saúde Coletiva	7
10. Estabelecimento de novos convênios e parcerias para o estágio dos estudantes	12
11. Adoção de metodologias mais problematizados na abordagem teórica do Internato Médico	4
- estudo de caso	3
- desenvolvimento de atividades que permitam integração Multidisciplinar	2
- utilização de novas tecnologias – ambiente virtual de aprendizagem	1

Fonte: protocolo de pesquisa.

Ao se optar por escrever um único capítulo de resultados, pretendeu-se que os dados das questões abertas e fechadas dialogassem com os dados do likert, na apresentação dos resultados, ou seja, nas opiniões/avaliações dos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato sobre as determinações das DCNs de 2014 e as dificuldades e as estratégias apontadas na sua operacionalização no que concerne ao Internato Médico.

A primeira dimensão analisada na escala, *Determinações gerais e legais das DCNs de 2014*, foi composta por 6 assertivas e obteve média 3,00. No gráfico 4, apresentam-se as médias de cada assertiva. Apesar de se situar na zona limítrofe de conforto, algumas assertivas tiveram médias em zona de alerta.

Gráfico 4: Perfil Geral Atitudinal sobre a Dimensão 1 - Determinações gerais e legais das DCNs de 2014, São Paulo, 2017.



Fonte: protocolo de pesquisa.

Assertiva 1 (A1): A inclusão da área de Saúde Mental no Internato Médico deve ser obrigatória, considerando a progressiva reinserção de pacientes com doenças psiquiátricas na sociedade e também no atendimento médico (3,62).

Assertiva 6 (A6): O Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Serviço (COAPES) com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde é a opção mais adequada para a garantia de aumento da oferta de campos de prática de qualidade para os estudantes no Internato (3,08).

Assertiva 11 (A11): Frente ao cenário atual, com a evidente falta de recursos humanos, a obrigatoriedade da preceptoria no Internato Médico ser exercida por profissionais do serviço de saúde com supervisão dos docentes próprios da Instituição de Educação Superior é impossível de ser cumprida (2,85).

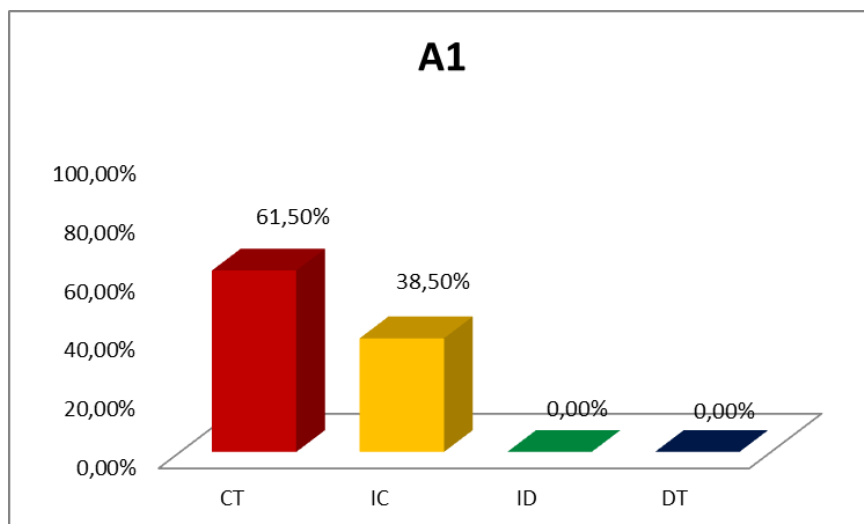
Assertiva 12 (A12): Dado o grande volume de modificações contidas nas DCNs de 2014 no tocante ao Internato Médico o prazo limite de 31 de dezembro de 2018 para a adequação completa do Internato Médico é insuficiente (2,15).

Assertiva 17 (A17): Os períodos de plantão de até 12 (doze) horas diárias, respeitando o limite de 40 (quarenta) horas semanais, são adequados para propiciar o rendimento no aprendizado e evitar a exaustão do aprendente (3,62).

Assertiva 21 (A21): A elaboração das DCNs de 2014 a partir da Lei dos Mais Médicos foi um avanço significativo para o funcionamento dos Cursos de Graduação em Medicina (2,69).

Ao analisar a assertiva “**a inclusão da área de Saúde Mental no Internato Médico deve ser obrigatória, considerando a progressiva reinserção de pacientes com doenças psiquiátricas na sociedade e também no atendimento médico**”, observou-se que a totalidade dos Coordenadores concorda (61,50% concordam totalmente e 38,50%, mostraram-se inclinados a concordar), conforme observado no Gráfico 5.

Gráfico 5: Perfil Geral Atitudinal sobre a assertiva “A inclusão da área de Saúde Mental no Internato Médico deve ser obrigatória, considerando a progressiva reinserção de pacientes com doenças psiquiátricas na sociedade e também no atendimento médico”, São Paulo, 2017.



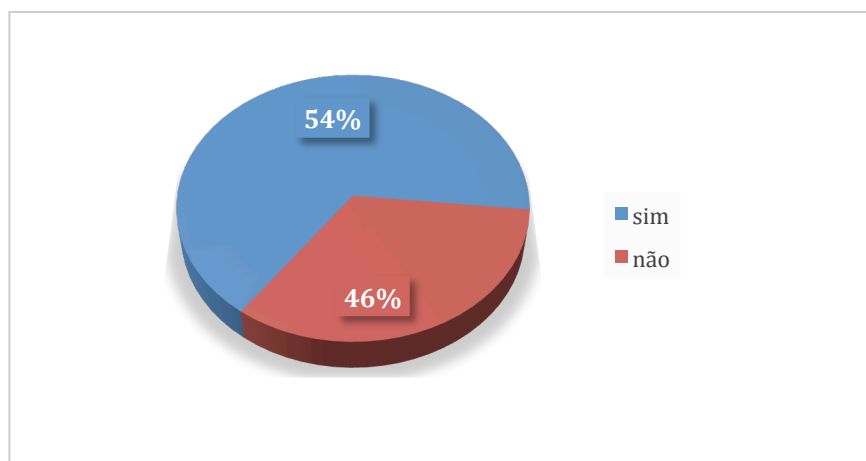
Fonte: protocolo de pesquisa.

Os Coordenadores/Diretores das Escolas Médicas, investigados nessa pesquisa, percebem a necessidade de aprimoramento da formação médica em saúde mental e enfatizam que a inclusão obrigatória, dessa área no internato, pode representar uma proposta de formação mais coadunada com as necessidades atuais da sociedade.

Ballester et al (2005, p.74), em um estudo realizado na Região Sul do Brasil, em 2005, avaliaram a opinião de clínicos gerais, que atuavam na atenção primária, acerca do atendimento de pacientes com transtornos mentais. Esse estudo apontou que a formação, em saúde mental na graduação, tem demonstrado evidentes limitações. Os autores comentam que, mesmo quando as disciplinas de psiquiatria e psicologia médicas constavam, formalmente, no currículo, não culminavam na formação de um profissional com capacidade para identificar e manejar pacientes com problemas mentais.

Contudo, na análise das questões fechadas, 46% dos Coordenadores afirmam que as suas escolas não possuíam atividades de Saúde Mental no Internato Médico, até o momento da coleta de dados dessa pesquisa.

Gráfico 6: Atividades na área de Saúde Mental no Internato Médico.



Fonte: protocolo de pesquisa.

No que tange ao momento atual do Internato nas Escolas Médicas participantes, sob a ótica dos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato, especificamente, em relação às estratégias e movimentos de adequação às Diretrizes Curriculares, a análise das questões abertas permitiu identificar que existem **propostas de implantação do ensino de Saúde Mental no Internato Médico**, conforme observado nos trechos a seguir:

“A Saúde Mental, no Internato já está programada, mas ainda sendo trabalhados os cenários e estratégias a serem adotadas.”

“Organizando programas e carga horária para adequar, a partir de 2017, a saúde mental.”

Nesse sentido, os Coordenadores enfatizaram a necessidade de *criação de cenários de prática específicos para Saúde Mental*:

“A Saúde Mental, no Internato já está programada, mas ainda sendo trabalhado os cenários e estratégias a serem adotadas.”

“planejando possibilidade (para estágio em Saúde Mental) em outro município do Estado a partir de 2017.”

A proposta de abordagem transversal da saúde mental em todos os módulos do Internato Médico surgiu como possível estratégia a ser utilizada para viabilizar a inserção dessa área no Internato:

“(Ainda em desenvolvimento) estratégias voltadas para abordagem dos aspectos da saúde mental durante todos os demais módulos do internato (matriciamento em saúde mental).”

Nas questões fechadas, 54% dos Coordenadores referiram o ensino dessa área no Internato de suas Escolas. Para o complemento desses dados na análise qualitativa, surge a categoria **reestruturação de iniciativas já existentes, no tocante ao ensino de Saúde Mental**, com duas subcategorias. Nesse sentido, os participantes ressaltavam a necessidade de *ampliação e diversificação de cenários de prática específicos para Saúde Mental*:

“ampliamos o campo de estágio para Saúde Mental.”

“Ambulatórios de Saúde Mental, Visitas no Pronto Socorro Psiquiátrico Municipal.”

“(atividades desenvolvidas em SM) Terapia de grupo (ansiedade e depressão, dependência química), terapia comunitária e de família, consultas individuais ambulatoriais.”

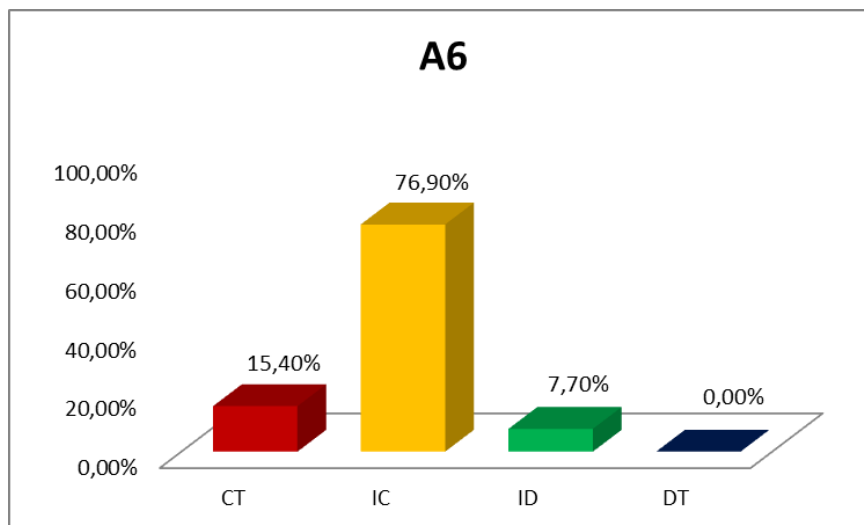
Para outros Coordenadores, a *obrigatoriedade do estágio em Saúde Mental* consta nas atividades de reestruturação de iniciativas já existentes, no que se refere a esse ensino:

“um internato em Saúde Mental que utiliza variados cenários de prática, o que tem permitido contemplar um número crescente de internos, já visando a obrigatoriedade deste estágio.”

“(estruturação pela disciplina de Psiquiatria) do internato em saúde mental que já é oferecido em caráter eletivo, com amplo número de vagas, visando tornar-se obrigatório em breve.”

Diante da assertiva **“o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Serviço (COAPES) com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde é a opção mais adequada para a garantia de aumento da oferta de campos de prática de qualidade para os estudantes no Internato”**, com média 3,08 e em zona de conforto, 15,40% dos participantes concordam totalmente, 76,90% se sentem inclinados a concordar e 7,70% estão inclinados a discordar (Gráfico 7).

Gráfico 7: Perfil Geral Atitudinal sobre a assertiva “O Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Serviço (COAPES) com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde é a opção mais adequada para a garantia de aumento da oferta de campos de prática de qualidade para os estudantes no Internato”, São Paulo, 2017.



Fonte: protocolo de pesquisa.

A integração ensino-serviço-comunidade, principalmente no nível da Atenção Básica, apresenta-se como estratégia para a superação de uma formação médica tradicional, baseada no modelo flexneriano, hospitalocêntrico, com conteúdos descontextualizados e fragmentados, nos quais o principal objetivo era a formação para a doença e não para o atendimento às necessidades do paciente (GONZALEZ; ALMEIDA, 2010).

A proposta de estabelecimento do COAPES surge para regulamentar os convênios entre as instituições de ensino e os serviços assistenciais. Busca estabelecer uma maior

garantia de acesso aos serviços sob a responsabilidade de gestores da área de saúde, como os cenários de práticas para formação no âmbito da graduação e pós graduação (BRASIL, 2015).

Apesar da recente instituição dos COAPES, observou-se uma percepção positiva dos Coordenadores/Diretores em relação a eles. A grande maioria reconheceu uma possibilidade de avanço na ordenação de campos de prática no internato.

Nesse contexto, o **estabelecimento de novos convênios e parcerias para o estágio dos estudantes** surge, na análise qualitativa, como estratégia a ser utilizada, pelas Escolas, para a implantação e adequação às determinações das DCNs de 2014:

“(estabelecimento de) convênio com a Secretaria Municipal de Saúde para a realização de estágio eletivo em Unidades de Emergências do município da cidade do Rio de Janeiro.”

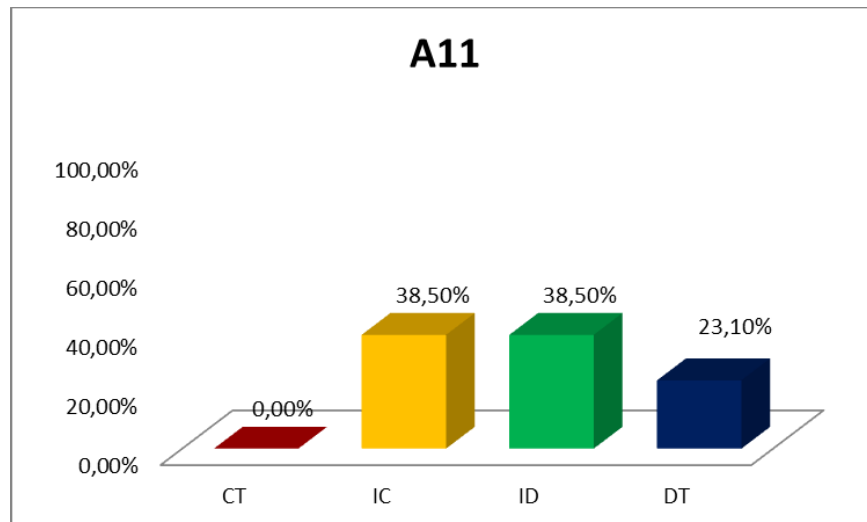
“parceria da Faculdade de Medicina com a Prefeitura do Município XX (ampliação de cenários).”

“(desenvolvendo) Contato com as unidades de emergência do município.”

“ainda estamos firmando o convênio (com a SMS) para a Saúde Mental.”

O posicionamento dos Coordenadores na análise da assertiva **“Frente ao cenário atual, com a evidente falta de recursos humanos, a obrigatoriedade da preceptoria no Internato Médico ser exercida por profissionais do serviço de saúde com supervisão dos docentes próprios da Instituição de Educação Superior é impossível de ser cumprida”** mostra uma divisão de opinião entre eles. Com média de 2,85, situada em zona de alerta, observa-se que 38,5% dos Coordenadores se mostram inclinados a concordar, 38,5%, inclinados a discordar e 23,10% discordam totalmente (Gráfico 8).

Gráfico 8: Perfil Geral Atitudinal sobre a assertiva “Frente ao cenário atual, com a evidente falta de recursos humanos, a obrigatoriedade da preceptoría no Internato Médico ser exercida por profissionais do serviço de saúde com supervisão dos docentes próprios da Instituição de Educação Superior é impossível de ser cumprida”, São Paulo, 2017.



Fonte: protocolo de pesquisa.

Botti e Rego (2008, p. 371) destacaram que o preceptor é um profissional que tem como função integrar os conceitos e valores da escola e do serviço e ensinar o graduando e o recém graduado a aprimorar as habilidades e o raciocínio clínico em situações reais, no seu ambiente de trabalho. Nesse sentido, exerce importante papel na aproximação e significação da teoria, aplicando-a na prática.

Em 2004, em reconhecimento à importância desse papel e a necessidade de capacitação desse profissional, o MS instituiu a Política de Educação Permanente. Partia da premissa que as práticas educativas em saúde deveriam proporcionar a interlocução entre a educação e o trabalho, a partir dos problemas enfrentados no cotidiano do profissional e permitir a reflexão crítica e a consequente transformação das práticas (JESUS; RIBEIRO, 2012).

Diferentemente da Residência Médica, que regulamentou a preceptoría por intermédio da Resolução n.5, de junho de 2004, da Comissão Nacional de Residência Médica, a função de preceptor no Internato não é regulamentada. A definição que mais se aproxima a esta função, no período da graduação, é a Portaria Interministerial n° 421, de 3 de março de 2010, do MS, que instituiu o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet Saúde) que, no seu Art 5º, parágrafo III, diz que a preceptoría é “destinada a profissionais pertencentes aos serviços de saúde que realizem orientação em serviço a estudantes participantes do Programa”. No Art 6º, parágrafo II enfatiza que o próprio preceptor desenvolve uma “função

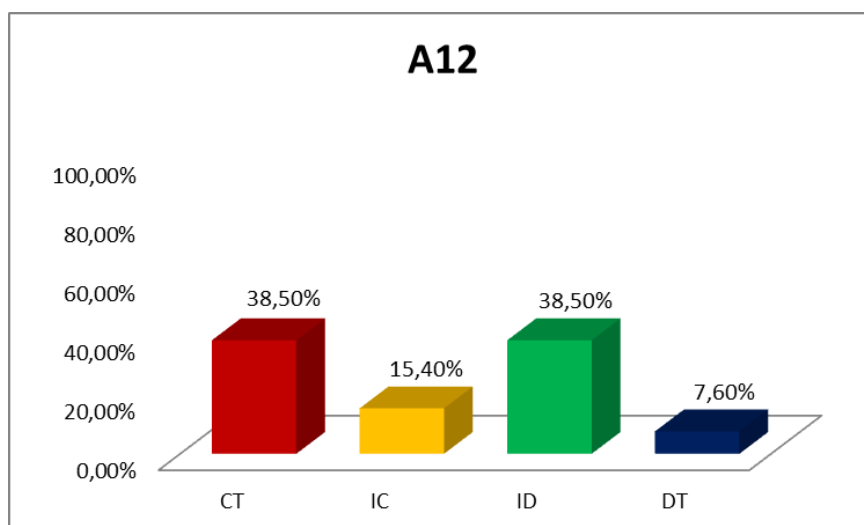
de supervisão por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais de saúde” (BRASIL, 2010).

No entanto, as DCNs 2014 estabelecem que “a preceptoria exercida por profissionais do serviço de saúde terá supervisão de docentes próprios da IES” (BRASIL, 2014, p.11). Essa não é a percepção de uma boa parte dos Coordenadores que parece reconhecer uma maior autonomia do profissional do serviço de saúde, como preceptor na formação dos estudantes. Outra possível razão para a discordância, sobre a obrigatoriedade da supervisão docente, pode ser a falta de docentes nos próprios cursos.

Todos os Coordenadores afirmam que a supervisão dos estudantes, durante as atividades práticas no Internato, é realizada por docentes da Instituição. Dos 13 Coordenadores participantes, 9 sinalizaram que além da supervisão docente, a supervisão das atividades práticas também é realizada pelos médicos/preceptores que atuam nos cenários de prática. Oito afirmaram que a supervisão também é realizada por médicos/preceptores que atuam nos cenários de prática, porém supervisionados por docentes da Instituição.

Diante da assertiva **“Dado o grande volume de modificações contidas nas DCNs de 2014 no tocante ao Internato Médico, o prazo limite de 31 de dezembro de 2018 para a adequação completa do Internato Médico é insuficiente”** os coordenadores se dividem, alcançando 2,15 de média, em zona de alerta (Gráfico 9).

Gráfico 9: Perfil Geral Atitudinal sobre a assertiva “Dado o grande volume de modificações contidas nas DCNs de 2014 no tocante ao Internato Médico o prazo limite de 31 de dezembro de 2018 para a adequação completa do Internato Médico é insuficiente”, São Paulo, 2017.



Fonte: protocolo de pesquisa.

Diferentemente das DCNs de 2014, as de 2001 não estabeleciam prazo para sua implantação. Wanderley (2016, p. 5) considerou que:

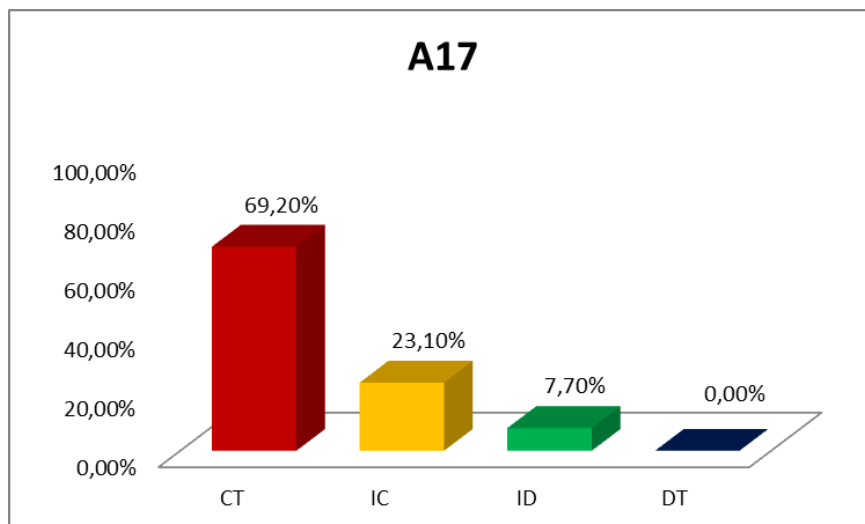
É preciso que se considere também que a implementação de novas diretrizes curriculares não é um processo estático, apesar de garantido pela legislação, mas, ao contrário, é um processo dinâmico e acidentado, intercalado por avanços e retrocessos, que precisa ser cotidianamente construído nos diversos cenários de prática profissional, para o enfrentamento dos problemas que se apresentam na realidade.

No VI Fórum de Ensino Médico, realizado pela ABEM e pelo CFM, em 2015, debateu-se que a elaboração das DCN de 2014 havia sido pouco democrática e que a normatização e o prazo para a sua implantação eram dificultados pela falta de consenso sobre as suas determinações. Foi sugerida a ampliação do prazo para a implementação integral (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA 2015).

Wanderley (2016, p. 141), ao estudar as reformulações curriculares após a promulgação das DCNs de 2001, em cursos de medicina da região Nordeste do Brasil, evidenciou algumas dificuldades/desafios da gestão acadêmica desses processos como: a resistência ao processo de mudança, envolvendo tanto docentes como discentes e demais funcionários; a necessidade de aperfeiçoamento do processo de comunicação; a falta de sintonia entre a gestão acadêmica e a administrativa; a escassez de recursos financeiros; a falta de preparo do gestor; os entraves na relação ensino/serviço; e a necessidade de melhor definição das funções do próprio gestor.

Existiu, praticamente, consonância entre os Coordenadores que **“os períodos de plantão de até 12 (doze) horas diárias, respeitando o limite de 40 (quarenta) horas semanais, são adequados para propiciar o rendimento no aprendizado e evitar a exaustão do aprendente”** (92% concorda totalmente ou estão inclinados a concordar, com média 3,62), conforme se observa no gráfico 10.

Gráfico 10: Perfil Geral Atitudinal sobre a assertiva “Os períodos de plantão de até 12 (doze) horas diárias, respeitando o limite de 40 (quarenta) horas semanais, são adequados para propiciar o rendimento no aprendizado e evitar a exaustão do aprendente”, São Paulo, 2017.



Fonte: protocolo de pesquisa.

Nas questões fechadas, todos os Coordenadores afirmaram que a carga horária semanal, das atividades do Internato em suas escolas, representa até 40 horas semanais. Doze dos 13 Coordenadores referiram que os períodos de plantão, de uma determinada área do Internato, compreendiam até 12 horas por dia e estavam, assim, em conformidade com as DCNs de 2014 e com a Lei do Estágio.

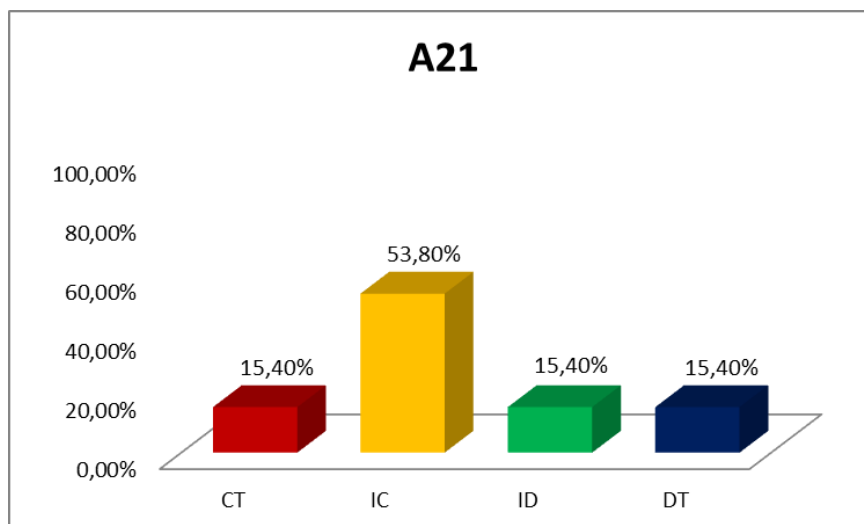
Uma das características, mais marcantes do trabalho médico, é a intensidade do processo de trabalho, geralmente, contemplando longas jornadas e múltiplas atividades simultâneas (MACHADO, 1997). O internato representa a fase de profissionalização, em que existe uma maior aproximação com a essência dessa prática profissional, na qual ocorre o enfrentamento do discente com uma jornada de estudo/trabalho ampliada.

Esse momento, na formação, tem sido objeto de preocupação no sentido de adequar a formação com a jornada de atividades, incluindo os plantões. Querido et al (2016), em um estudo realizado em duas escolas médicas de Tocantins, avaliaram os fatores associados ao estresse no Internato Médico e identificaram que 52% dos participantes apresentaram estresse e, na maioria das respostas, os estudantes indicavam, como fatores desencadeadores, o cansaço físico, a extensa carga horária de trabalho e o contato com ambientes e profissionais estressados.

Um outro estudo, realizado no estado de Santa Catarina, com 302 estudantes do internato, demonstrou que a dificuldade de gerenciamento do tempo, a dedicação integral, a elevada carga horária e a falta de tempo para atividades sociais, são fatores contribuintes para o desenvolvimento de angústia e sintomas depressivos em estudantes, nessa fase da formação médica (MEYER et al, 2012).

Não houve consenso, entre os Coordenadores, sobre a assertiva que afirma que a **“elaboração das DCNs de 2014 a partir da Lei dos Mais Médicos foi um avanço significativo para o funcionamento dos Cursos de Graduação em Medicina”** (média 2,69, situado em zona de alerta).

Gráfico 11: Perfil Geral Atitudinal sobre a assertiva “A elaboração das DCNs de 2014 a partir da Lei dos Mais Médicos foi um avanço significativo para o funcionamento dos Cursos de Graduação em Medicina”, São Paulo, 2017.



Fonte: protocolo de pesquisa.

Como já mencionado no referencial teórico, a reformulação das DCNs 2001 e a instituição das DCNs de 2014 decorreram da promulgação da lei que instituiu o Programa Mais Médicos, em 2013 e que, dentre outras atribuições, estabelece as diversas alterações sobre a formação médica e, de maneira especial, sobre o Internato.

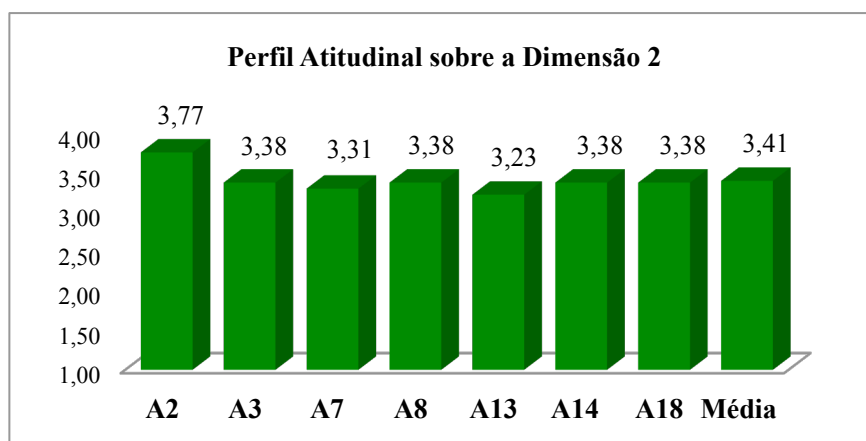
Em 2015, no VI Fórum de Ensino Médico que contou com ampla participação de professores, de diretores, de coordenadores de curso, de preceptores, de conselheiros e de gestores, foram analisadas as implicações dessa lei na formação médica. Uma das conclusões do Fórum foi que o cumprimento da lei que instituiu o Programa Mais Médicos acarretaria

intensas demandas de infraestrutura de ensino e de serviço, bem como a necessidade de contratação e de capacitação de professores e de preceptores. Esse fato culminou na elaboração coletiva de um documento que propunha as alterações emergenciais, com o objetivo de redução de danos ao ensino médico (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA 2015).

No que se refere a essa lei, a opinião dos participantes dessa pesquisa se mostra em consonância com as discussões do VI Fórum de Ensino Médico, uma vez que somente 15,4% dos coordenadores concordou totalmente com a afirmação de que essa lei foi um avanço significativo para o funcionamento dos Cursos de Graduação em Medicina (30,8% discordaram).

A segunda dimensão *Recomendações das DCNs de 2014 para a Atenção Básica e Urgência e Emergência no Internato Médico*, composta por 7 assertivas, obteve média de 3,41, o que indica zona de conforto. A análise das médias das respostas, de cada uma das assertivas, trouxe mais informações que foram discutidas individualmente (gráfico 12).

Gráfico 12: Perfil Geral Atitudinal sobre a Dimensão 2 - Recomendações das DCNs de 2014 para a Atenção Básica e Urgência e Emergência no Internato Médico, São Paulo, 2017.



Fonte: protocolo de pesquisa

Assertiva 2 (A2): As atividades voltadas para a Atenção Básica deverão ser realizadas no âmbito da Medicina Geral de Família e Comunidade (3,77).

Assertiva 3 (A3): O desenvolvimento de atividades em ambiente pré-hospitalar durante o Internato é fundamental para o desenvolvimento das competências para a atuação na área de Urgência e Emergência (3,38).

Assertiva 7 (A7): A Atenção Básica deve fazer parte do núcleo central das atividades discentes desenvolvidas no Internato Médico, visto que tem capacidade de resolução de 80% dos problemas de saúde da população (3,31).

Assertiva 8 (A8): As atividades de Urgência e Emergência devem ter destaque no Internato Médico, pois grande parte dos egressos iniciam suas atividades profissionais nesses campos de prática (3,38).

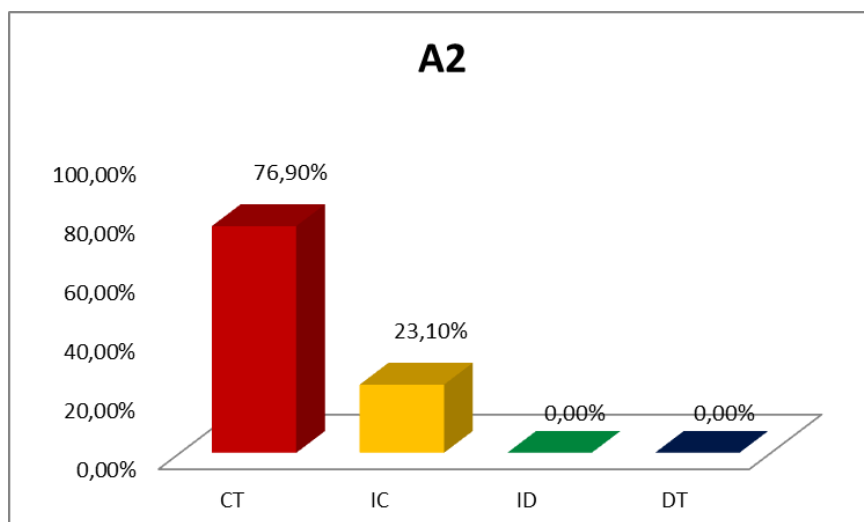
Assertiva 13 (A13): O treinamento do interno na área de Saúde Mental no Internato Médico deve ser realizado nos cenários de Atenção Básica (3,23).

Assertiva 14 (A14): As atividades em ambientes controlados (laboratórios de simulação) são fundamentais no desenvolvimento das atividades de Urgência e Emergência no Internato Médico (3,38).

Assertiva 18 (A18): O treinamento do interno em cenários de Atenção Básica e Urgência e Emergência deve representar, no mínimo, 30% da carga horaria total do Internato Médico, o que significa pelo menos 6 (seis) meses nestes cenários (3,38).

Em relação às recomendações da DCNs de 2014 para o ensino da Atenção Básica, os Coordenadores se posicionaram diante das assertivas 2, 7 e 13. Na assertiva 2, há unanimidade de concordância entre os Coordenadores (76,90% concordam totalmente e 23,10% se mostram inclinados a concordar, com uma média 3,77, em zona de conforto) de que **“as atividades voltadas para a Atenção Básica deverão ser realizadas no âmbito da Medicina Geral de Família e Comunidade”**.

Gráfico 13: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “As atividades voltadas para a Atenção Básica deverão ser realizadas no âmbito da Medicina Geral de Família e Comunidade”, São Paulo, 2017.



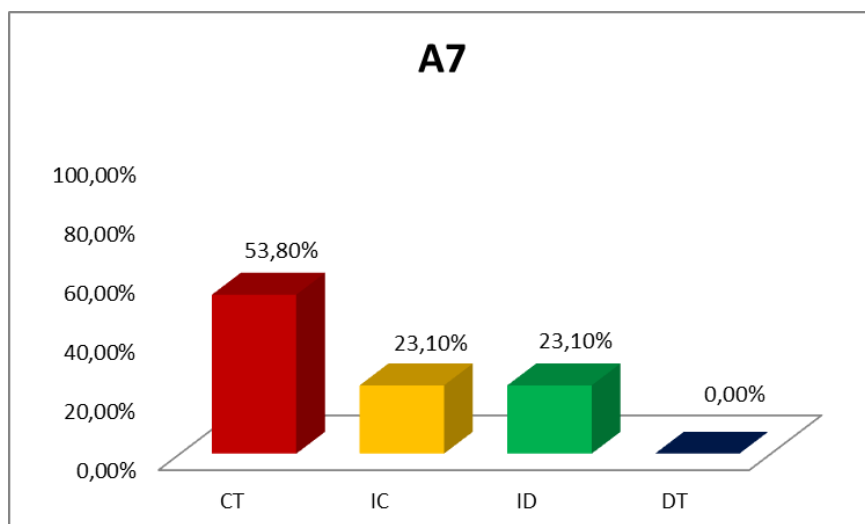
Fonte: protocolo de pesquisa.

Essa anuência integral dos Coordenadores está refletida nas determinações das Diretrizes para o Ensino da Atenção Primária, publicadas em 2012, pela ABEM e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade que recomendam que as Unidades de Saúde da Família sejam integradas à rede local e articuladas com todos os níveis de complexidade do sistema, como espaço formativo adequado para o ensino da Atenção Básica (DEMARZO *et al.*, 2012).

Como uma reconfirmação desse posicionamento, na análise das questões fechadas, todos os Coordenadores disseram que, em suas Escolas, as atividades de ensino na Atenção Básica eram desenvolvidas no âmbito da Medicina de Família e Comunidade.

O posicionamento dos coordenadores diante da assertiva 7, “**a Atenção Básica deve fazer parte do núcleo central das atividades discentes desenvolvidas no Internato Médico, visto que tem capacidade de resolução de 80% dos problemas de saúde da população**”, mostra que 53,80% dos participantes concordam totalmente, 23,10% estão inclinados a concordar, 23,10% se mostram inclinados a discordar, apesar de se situar em zona de conforto, com média de 3,31. (Gráfico 14).

Gráfico 14: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “A Atenção Básica deve fazer parte do núcleo central das atividades discentes desenvolvidas no Internato Médico, visto que tem capacidade de resolução de 80% dos problemas de saúde da população”, São Paulo, 2017.



Fonte: protocolo de pesquisa.

Campos (2007, p. 6) explicou que a Atenção Básica possui pelo menos três funções: o acolhimento, a clínica ampliada e a saúde coletiva e se constitui no cenário propício para a formação do médico. O autor ressaltou, ainda, algumas das recomendações das DCNs: a

necessidade de inserção do estudante, desde o início do curso, em atividades práticas; a utilização de variados cenários de ensino-aprendizagem; e a formação de um profissional com perfil generalista. Conclui que “a rede básica é um campo de práticas potencial e necessário, no qual os vários cursos de formação de profissionais de saúde deverão inserir seus alunos”.

É importante enfatizar que 23,10% dos Coordenadores investigados ainda se mostram inclinados a discordar sobre o papel central das atividades em Atenção Básica, no Internato. Acredita-se que os entraves na operacionalização da relação ensino-serviço pode representar uma das justificativas para esse posicionamento.

Campos (2007, p. 9) comentou que, em 97% dos casos, a Atenção Básica está sob a gestão municipal, o que demanda a realização de projetos de integração docente-assistencial e investimentos em infraestrutura básica que possibilitem receber grupos de alunos. Demarzo *et al.* (2012, p. 146) enfatizaram que, para o desenvolvimento do ensino nesse cenário, é importante a participação do docente especialista em medicina de família e comunidade, como parte integrante da equipe, atuando em parceria com os demais profissionais com vivência e competência em Atenção Básica. Salientaram a importância do recrutamento de tutores pela instituição de ensino e o apoio para o desenvolvimento docente, por meio da educação permanente.

A análise das questões abertas, nesse contexto, permitiu identificar que existe **proposta de implantação do ensino de Atenção Básica no Internato Médico:**

“(proposta de) Ampliação do internato em cenários do Programa de Saúde da Família- Atenção básica”

Outra categoria que emergiu, foi a **reestruturação de iniciativas já existentes, no tocante ao ensino da Atenção Básica** com três subcategorias:

A primeira versa sobre a *ampliação e diversificação de cenários de prática específicos para Atenção Básica* no Internato.

“a Faculdade acrescentou mais um cenário de prática no seu internato - Clínica da Família”

“(atividades de Atenção Básica realizadas em) Centro de saúde de família da SMS, com supervisão de docentes, mas com preceptores da rede pública”

A segunda subcategoria se refere a *instituição da obrigatoriedade do estágio em Atenção Básica*:

“Inclusão de todos os alunos no rodízio regular em Medicina de Família e Comunidade.”

“... foi incluído o rodízio regular de Medicina de Família e Comunidade em Unidades Básicas de Saúde”

A terceira subcategoria *desenvolvimento de atividades em interface com as áreas de Clínica Médica e Pediatria* destaca uma possível estratégia para a reestruturação do ensino de Atenção Básica:

“(A Atenção Básica) passou a trabalhar de forma sistemática a interface com os rodízios de Clínica Médica e Pediatria.”

O ensino da Atenção Básica no Internato, para algumas escolas, é atribuição da Saúde Coletiva. Na análise das questões abertas, emergiu a categoria **reestruturação do Internato Médico no tocante ao ensino de Saúde Coletiva**:

“(proposta de) criar o módulo de saúde coletiva.”

“organizando programas e carga horária para adequar, a partir de 2017 a saúde coletiva.”

“(estabelecimento de) Convênio com o município XX para cenários de prática no módulo de Saúde Coletiva.”

“inclusão da saúde coletiva obrigatoriamente.”

Teixeira (2003, p. 17) definiu Saúde Coletiva como:

um campo de saber e de práticas que toma como pressuposto a compreensão da saúde como um fenômeno eminentemente social, coletivo, determinado historicamente pelas condições e modos de vida dos distintos grupos da população. Esta compreensão da saúde enquanto fenômeno coletivo busca superar as concepções vigentes no âmbito das ciências da saúde tradicionais, que, embora se intitulem da “saúde”, de fato tratam da doença e de suas condições de ocorrência e distribuição, geralmente descritas e analisadas em sua expressão individual.

As DCNs de 2001 e de 2014 estabeleceram a Saúde Coletiva como área obrigatória no Internato e trouxeram, para Escolas Médicas, a necessidade de inserção do aluno em práticas

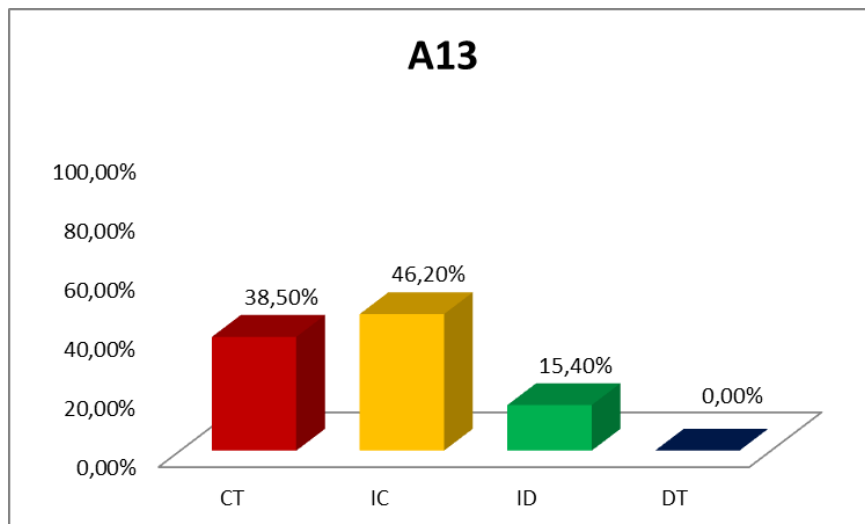
de epidemiologia; de formulação e avaliação de políticas; de planejamento e gestão de serviços de saúde; e das atividades de educação e comunicação em saúde, desenvolvidas junto à comunidade (TEIXEIRA, 2003). As DCNs de 2014, no seu Art. 3º, do Capítulo I, enfatizam que o graduado em Medicina deve ter a capacidade para atuar na:

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 (BRASIL, 2014, p. 1)

Dessa maneira, entende-se que a Atenção Básica representa um dos cenários de prática para o desenvolvimento do campo de atuação da Saúde Coletiva.

A maioria dos Coordenadores também concorda que **“o treinamento do interno na área de Saúde Mental no Internato Médico deve ser realizado nos cenários de Atenção Básica”**, conforme apontado na assertiva 13 (média de 3,23, em zona de conforto (Gráfico 15).

Gráfico 15: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “O treinamento do interno na área de Saúde Mental no Internato Médico deve ser realizado no cenários de Atenção Básica”, São Paulo, 2017.



Fonte: protocolo de pesquisa.

Essa concordância dos Coordenadores é coerente com a própria política nacional de reorganização do sistema, relacionada com a área. Como já salientado no referencial teórico, o período posterior à Reforma Psiquiátrica levou a uma progressiva desinstitucionalização e reinserção dos pacientes em seus territórios (BRASIL, 2013b; PEREIRA; COSTA;

MEGALE, 2012). Nesse contexto, a Lei nº. 10.216, de 06 de abril 2001, reorienta o modelo assistencial em Saúde Mental, com a substituição dos hospitais psiquiátricos pelo atendimento preferencial em serviços comunitários de Saúde Mental, fundamentado no território de caráter aberto. (BRASIL, 2001b).

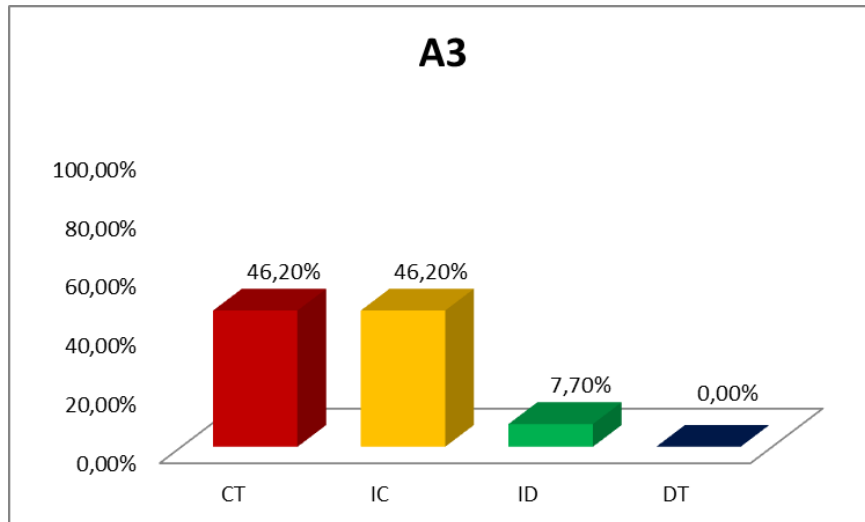
Carneiro e Porto (2014, p. 159), em um estudo sobre a formação em Saúde Mental na graduação médica, ressaltaram a importância da ampliação de ações e serviços a serem apresentados aos estudantes, com a inclusão do conhecimento da rede pública de atenção em Saúde Mental, especialmente, em articulação com a Atenção Básica. Destacaram a Estratégia de Saúde da Família, como o espaço ideal para aplicar os princípios da “desmedicalização e desinstitucionalização”, essenciais para a efetivação da Reforma Psiquiátrica que, além de representar espaço formativo privilegiado para o ensino e a pesquisa das práticas do cuidado em saúde mental, reforça a necessidade de integração ensino-serviço.

Para corroborar esses dados, emerge, na análise qualitativa das questões abertas, a categoria **proposta de implantação do ensino de Saúde mental no Internato** e a *implementação de atividades desta área no âmbito da Atenção Básica* surge como estratégia:

“tentativa de viabilizar saúde mental conjugada com as clínicas da família.”

Em relação às recomendações da DCNs de 2014 para o ensino de Urgência e Emergência, os Coordenadores se posicionaram diante das assertivas 3, 8 e 14. A maioria dos participantes reconhece que **“o desenvolvimento de atividades em ambiente pré-hospitalar durante o internato é fundamental para o desenvolvimento das competências para a atuação na área de Urgência e Emergência”** (92,40% concordam ou se mostram inclinados a concordar), com média de 3,38, em zona de conforto (Gráfico 16).

Gráfico 16: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “O desenvolvimento de atividades em ambiente pré-hospitalar durante o Internato é fundamental para o desenvolvimento das competências para a atuação na área de Urgência e Emergência”, São Paulo, 2017.



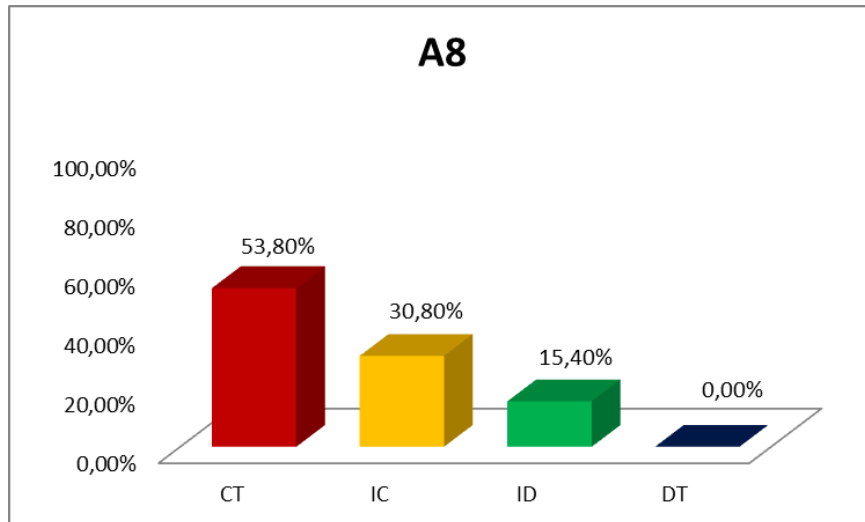
Fonte: protocolo de pesquisa.

Em 2012, o projeto *Abem 50 anos*, especificamente no subprojeto “Situação do ensino de urgência e emergência nos cursos de graduação em Medicina”, objetivou conhecer o ensino dessa área nas escolas médicas brasileiras. A fase I contou com a participação de 54 escolas das 156 associadas à ABEM naquele ano e todas as escolas afirmaram possuir atividades de Urgência e Emergência na graduação. Em 92,6% dessas escolas, as atividades práticas eram desenvolvidas no ambiente hospitalar, somente, 38,9% das escolas ofereciam treinamento em atividades de Urgência e Emergência no ambiente pré-hospitalar, 20,4% nas unidades de suporte avançado do atendimento móvel, 9,3% em acompanhamento das atividades da regulação médica e 24,1% nas unidades não hospitalares de pronto atendimento (LAMPERT; BICUDO, 2014)

No presente estudo, os Coordenadores concordam que é fundamental o desenvolvimento de atividades na área de Urgência e Emergência em ambiente pré-hospitalar, para a aquisição de competências que possibilitem uma melhor atuação nessa área. Todavia, a efetiva implantação dessa atividade não consistiu no objeto dessa pesquisa.

A maioria dos Coordenadores considera que **“as atividades de Urgência e Emergência devem ter destaque no Internato Médico, pois grande parte dos egressos iniciam suas atividades profissionais nesses campos de prática”** (assertiva 8), média 3,38, situada em zona de conforto (Gráfico 17).

Gráfico 17: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “As atividades de Urgência e Emergência devem ter destaque no Internato Médico, pois grande parte dos egressos iniciam suas atividades profissionais nesses campos de prática”, São Paulo, 2017.



Fonte: protocolo de pesquisa.

Como mencionado no referencial teórico, é sabido que uma grande parte dos médicos recém-formados inicia a sua prática profissional em cenários de urgência e emergência, nas unidades de pronto-atendimento, prontos-socorros ou no atendimento pré-hospitalar, o que justifica a preocupação com a formação nessa área de atuação, durante a graduação. No entanto, conforme sinalizado pela ABEM, “na quase totalidade das vezes, não há programa de ensino para emergências médicas na matriz curricular das faculdades de Medicina em nosso país” (LAMPERT; BICUDO, 2014).

A análise das questões abertas, nesse contexto, permitiu identificar movimentos para **reestruturação de iniciativas já existentes, no tocante ao ensino de Urgência e Emergência**. Nesse sentido, os Coordenadores referem a adoção de medidas com vistas à *ampliação e diversificação de cenários de prática de Urgência e Emergência*:

“Durante um semestre, em plantões semanais de 12 horas, sob supervisão docente, os internos estagiam em Serviço de Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde.”

“São selecionados cenários prioritariamente do SUS para o estágio (de Urgência e Emergência).”

Alguns Coordenadores apontam para a *instituição da obrigatoriedade do estágio em Urgência e Emergência*:

“está sendo planejado um internato regular em emergências da rede SUS.”

“Reestruturação da disciplina obrigatória de Integração Curricular em Emergência.”

O *desenvolvimento de atividades de Urgência e Emergência em plantões de enfermaria* foi também evidenciado, nas falas de Coordenadores, como possíveis cenários para as atividades práticas:

“(atividades de emergência) em plantões, no Hospital Universitário, permite, ao interno adquirir habilidades em procedimentos e integrar seus conhecimentos médicos internando pacientes e atendendo as intercorrências clínicas dos doentes graves internados nas enfermarias do hospital.”

“incluímos os plantões de Urgência e Emergência nos rodízios de Clínica Médica e Cirurgia.”

A *ampliação de atividades de Urgência e Emergência com a criação de estágios eletivos* surge como uma opção de cenário e de adequação da carga horária, preconizada pelas DCNs de 2014:

“convênio da universidade para internato eletivo em emergências da rede municipal.”

Os Coordenadores sinalizam também para a *ampliação de atividades de Urgência e Emergência com treinamento em laboratórios de simulação*, representando uma importante estratégia para a prática dessa área, no Internato Médico:

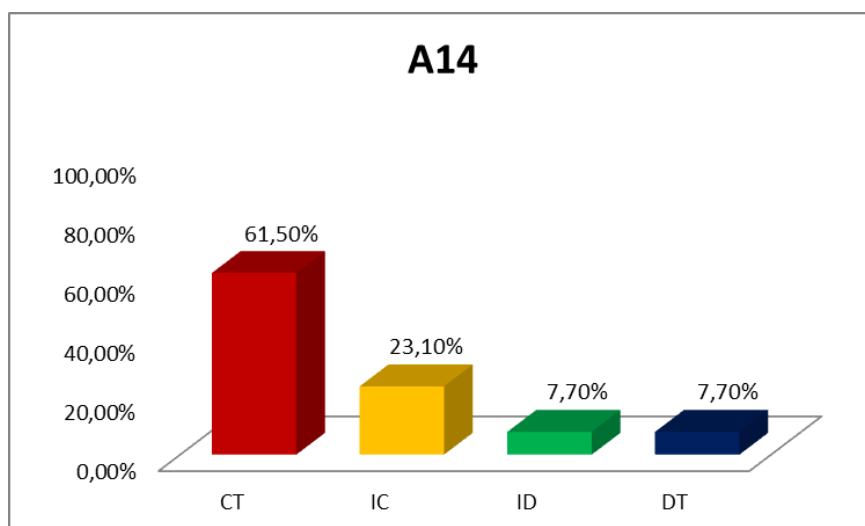
“(em planejamento a inserção de) treinamento em Laboratório de Simulação (na disciplina de Urgência e Emergência)”

Finalmente, o *desenvolvimento de atividades de Urgência e Emergência em Unidades de Pronto Atendimento* do SUS aparece como cenário a ser desenvolvido por uma das escolas:

“Possibilidade da Universidade firmar um convênio que possibilite a prática supervisionada por professores da faculdade em uma Unidade de Pronto Atendimento.”

A assertiva 14 afirma que **“as atividades em ambientes controlados (laboratórios de simulação) são fundamentais no desenvolvimento das atividades de Urgência e Emergência no Internato Médico”**. A maioria dos Coordenadores (84%) concorda ou se mostra inclinado a concordar, (média 3,38).

Gráfico 18: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “As atividades em ambientes controlados (laboratórios de simulação) são fundamentais no desenvolvimento das atividades de Urgência e Emergência no Internato Médico”, São Paulo, 2017.



Fonte: protocolo de pesquisa.

A opinião dos Coordenadores se mostra coerente com as recomendações das DCNs de 2014 que, no capítulo I, seção III, Art. 7º aponta a necessidade do estudante *“aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade, identificando e avaliando o erro, como insumo da aprendizagem profissional e organizacional e como suporte pedagógico”* (BRASIL, 2014).

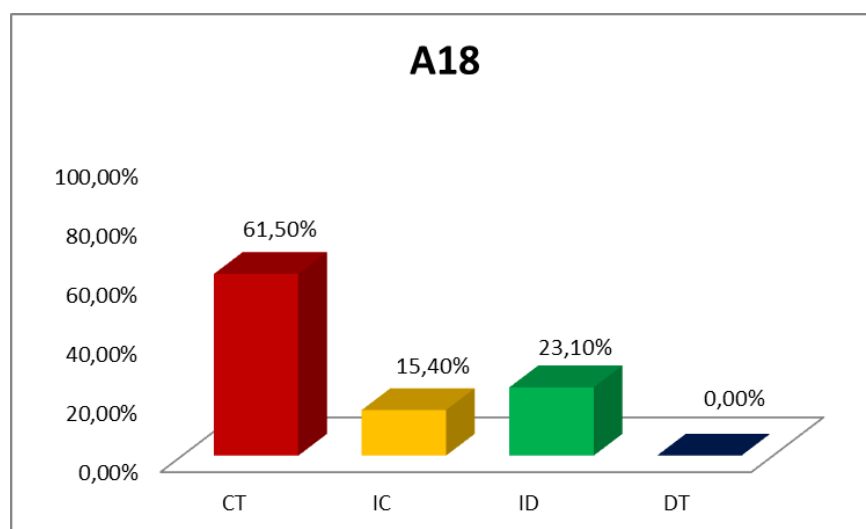
Como sinalizado no Projeto *Abem 50 anos – 10 anos das Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Medicina*, em seu subprojeto que avaliou a situação do ensino de Urgência e Emergência nos cursos de graduação em Medicina, das 54 escolas participantes, 70,4% afirmaram oferecer atividades simuladas no internato.

Na análise das questões fechadas, 61% dos Coordenadores participantes referem utilizar atividades em ambiente controlados (Laboratórios de Simulação), como ferramenta para o desenvolvimento e o treinamento das atividades práticas, na área de Urgência e Emergência.

Aguiar *et al.* (2011) sinalizaram, no entanto, a subutilização, desse importante recurso de ensino-aprendizagem em algumas escolas, que foi justificada pelo elevado custo dos equipamentos utilizados para a reprodução dos diversos cenários e situações clínicas em Urgência e Emergência.

Diante da assertiva 18, grande parte dos Coordenadores concorda que **“o treinamento do interno em cenários de Atenção Básica e Urgência e Emergência deve representar, no mínimo, 30% da carga horaria total do Internato Médico, o que significa pelo menos 6 (seis) meses nestes cenários”** (61,50% de concordância e 15,40% inclinados a concordar, com média de 3,38, situada em zona de conforto).

Gráfico 19: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “O treinamento do interno em cenários de Atenção Básica e Urgência e Emergência deve representar, no mínimo, 30% da carga horaria total do Internato Médico, o que significa pelo menos 6 (seis) meses nestes cenários”, São Paulo, 2017.



Fonte: protocolo de pesquisa.

Apesar de 23% dos coordenadores se mostrarem inclinados a discordar dessa recomendação, a maioria se mostra favorável ao aumento de carga horária dedicada à Atenção Básica e à Urgência e Emergência. Como salientado nessa dissertação, essa formação é importante, considerando o início da vida profissional do médico, o qual tem, habitualmente,

essas áreas de atuação profissional, como principais oportunidades de emprego (PEREIRA JUNIOR, 2015).

Finalmente, na análise das questões abertas, outra categoria que emerge das falas dos Coordenadores é a **Adequação de carga horária e do tempo de duração dos estágios no Internato** para o cumprimento das recomendações das DCNs 2014. Um primeiro aspecto apontado foi a *ampliação de carga horária*. De acordo com os Coordenadores, é necessário ampliar a carga horária nas áreas de Atenção Básica e Urgência e Emergência, conforme explicitado nas falas abaixo:

“(proposta de) ampliação da carga horária de medicina de família e comunidade”

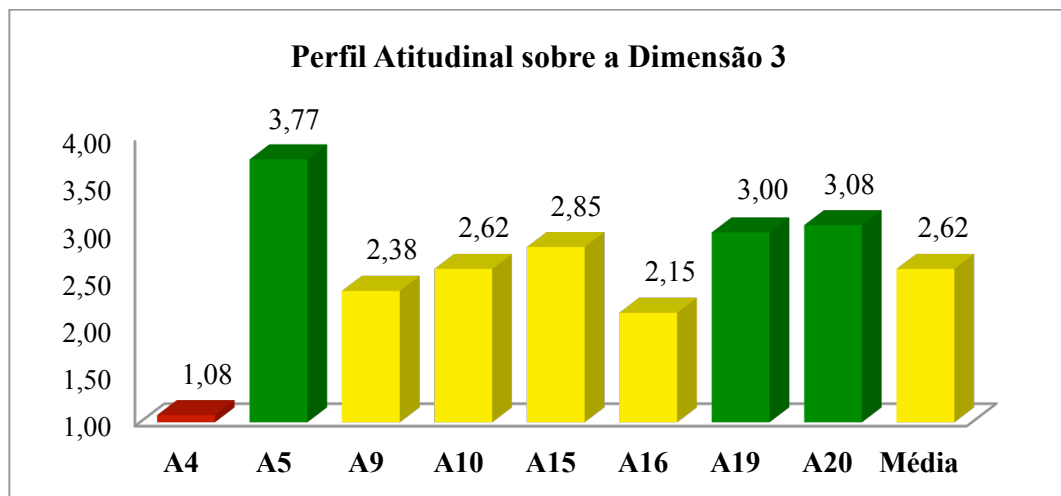
“Ampliação da carga horária nos módulos de Urgência e Emergência”

A *redução da carga horária de estágio fora da IES* emerge como uma estratégia para a adequação de carga horária e a duração dos estágios:

“(proposta de) reduzir as atividades fora da instituição (12,5% ch)”

A terceira dimensão **Dificuldades/Sugestões na operacionalização das determinações das DCNs de 2014 no Internato Médico**, composta por 8 assertivas, obteve média 2,62, indicando zona de alerta, conforme se observa no gráfico 20. A análise das médias das respostas, de cada uma das assertivas, trouxe mais informações que foram, posteriormente, discutidas individualmente.

Gráfico 20: Perfil Geral Atitudinal sobre a Dimensão 3 - Dificuldades/sugestões na operacionalização das determinações das DCNs de 2014 no Internato Médico, São Paulo, 2017.



Fonte: protocolo de pesquisa.

Assertiva 4 (A4): A precariedade dos cenários de Urgência e Emergência no âmbito do SUS e a não fixação de profissionais nos serviços de urgência são desafios ao desenvolvimento de atividades docentes nesse contexto (1,08).

Assertiva 5 (A5): O limite de 40 horas semanais para realização de atividades do Internato, aí incluídas no máximo 12 (doze) horas de plantão diárias é uma tarefa possível de ser implantada (3,77).

Assertiva 9 (A9): A implantação de, no mínimo, 30% da carga horaria total do Internato Médico em Urgência e Emergência/Atenção Básica é uma tarefa difícil de ser operacionalizada no Internato Médico de minha escola (2,38).

Assertiva 10 (A10): A cultura já enraizada de um Internato Médico hospitalocêntrico impossibilita o desenvolvimento de atividades em campos de prática extra-hospitalares (2,62).

Assertiva 15 (A15): O desenvolvimento das atividades do Internato em cenários de Urgência e Emergência restritos aos serviços públicos é impossível de ser colocado em prática no cotidiano da minha escola (2,85).

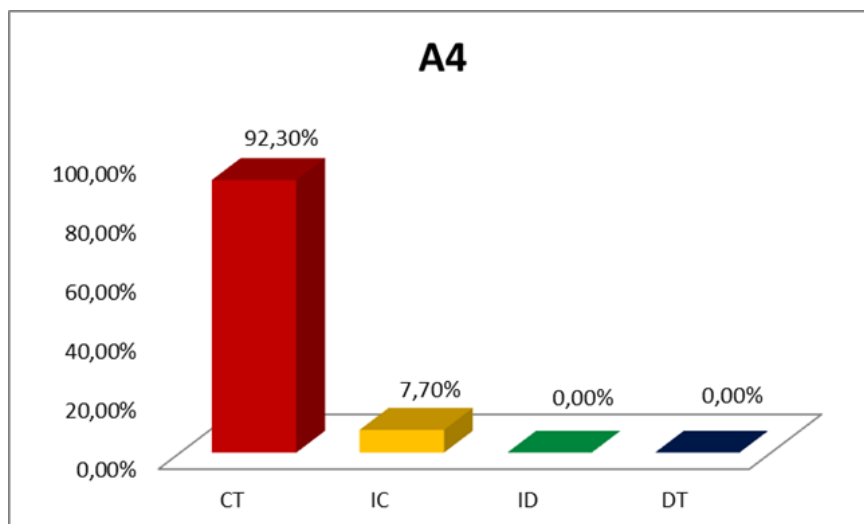
Assertiva 16 (A16): O Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) tem se mostrado um meio simples para a pactuação de parcerias e aproximação ensino-serviço-comunidade (2,15).

Assertiva 19 (A19): É necessário o aumento do tempo de Internato Médico para além dos dois anos obrigatórios, tendo em vista às determinações das DCNs de 2014 (3,00).

Assertiva 20 (A20): O tempo do estágio nos cenários de Medicina de Família e Comunidade preconizados nas DCNs de 2014 é excessivo, podendo ser reduzido (3,08).

Em relação a assertiva 4, existe o consenso entre os Coordenadores que “**a precariedade dos cenários de Urgência e Emergência no âmbito do SUS e a não fixação de profissionais nos serviços de urgência são desafios ao desenvolvimento de atividades docentes nesse contexto**”, o que representa uma dificuldade na operacionalização das determinações contidas nas Diretrizes, (assertiva em zona de perigo, com média de 1,08) (Gráfico 21).

Gráfico 21: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “A precariedade dos cenários de Urgência e Emergência no âmbito do SUS e a não fixação de profissionais nos serviços de urgência são desafios ao desenvolvimento de atividades docentes nesse contexto”, São Paulo, 2017.



Fonte: protocolo de pesquisa.

Essa anuência dos Coordenadores está de acordo com o que explicitaram Aguiar *et al.* (2011, p. 29). Eles salientaram as dificuldades de práticas de ensino nos equipamentos públicos de saúde. Os autores afirmaram, ainda, que:

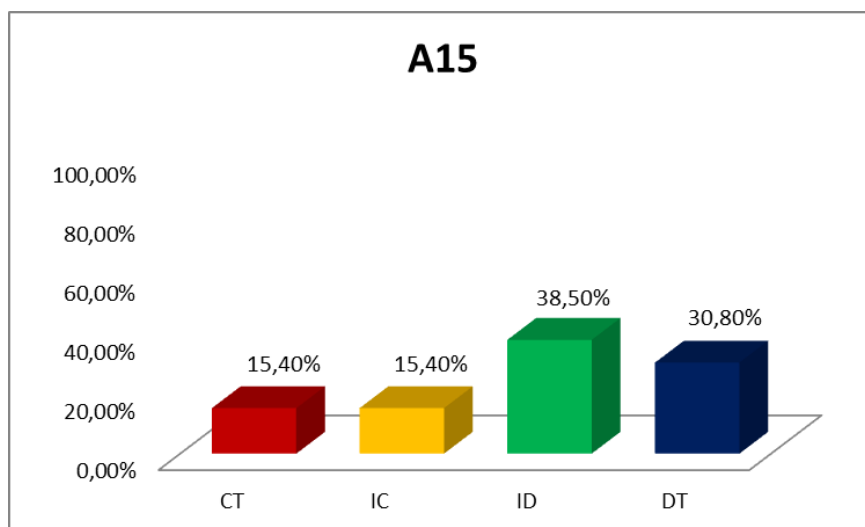
Os materiais didáticos disponíveis são insuficientes ao suprimento das necessidades acadêmicas e a logística precária da organização do sistema público consome o pouco tempo disponível para a prática de U/E nas universidades brasileiras. Os hospitais gerais possuem, em geral, uma entrada de U/E desorganizada e sem estrutura física ou de recursos humanos.

Todos esses fatores dificultam o ensino nesse campo, conforme demonstra o inquérito sobre o ensino de Urgência e Emergência nos cursos de graduação em Medicina no Brasil, apresentado pela ABEM, em outubro de 2011, no II Fórum Nacional de Urgência e Emergência, realizado em Brasília. Dos 160 cursos, que responderam a esse inquérito, 39% sinalizaram os fatores, acima mencionados, como obstáculos ao ensino de urgência e emergência:

inadequados cenários de prática; hospitais universitários sem pronto-socorro; dificuldade de parceria da escola/serviço; estrutura física inadequada para assistir e ensinar; falta de professores preparados e disponíveis; falta de preceptores e de equipes capacitadas; alto custo de laboratório de habilidades e manequins (LAMPERT; BICUDO, 2014).

No entanto, 69,30% dos Coordenadores discordam que **“o desenvolvimento das atividades do Internato em cenários de Urgência e Emergência restritos aos serviços públicos é impossível de ser colocado em prática no cotidiano da escola”**. Importante observar que 30,7% dos Coordenadores considera impossível desenvolver atividades em cenários de Urgência e Emergência, somente em serviços públicos. A assertiva apresentou média de 2,85, em zona de alerta. (Gráfico 22).

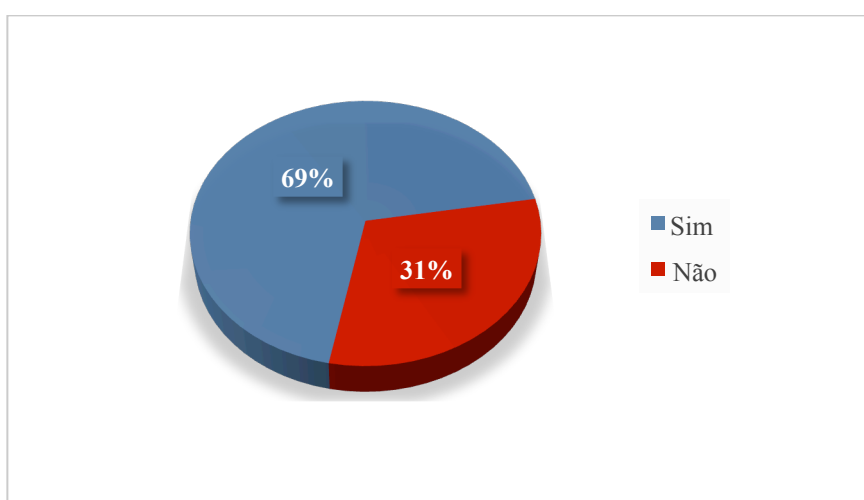
Gráfico 22: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “O desenvolvimento das atividades do Internato em cenários de Urgência e Emergência restritos aos serviços públicos é impossível de ser colocado em prática no cotidiano da minha escola”, São Paulo, 2017.



Fonte: protocolo de pesquisa.

De acordo com essa opinião, nas questões fechadas, 31% dos Coordenadores ressaltam que as atividades práticas de observação/assistência na área de Urgência e Emergência não são desenvolvidas, exclusivamente, em cenários do SUS, o que evidencia a impossibilidade do cumprimento integral das determinações das DCN de 2014, até o momento da realização da coleta de dados dessa pesquisa.

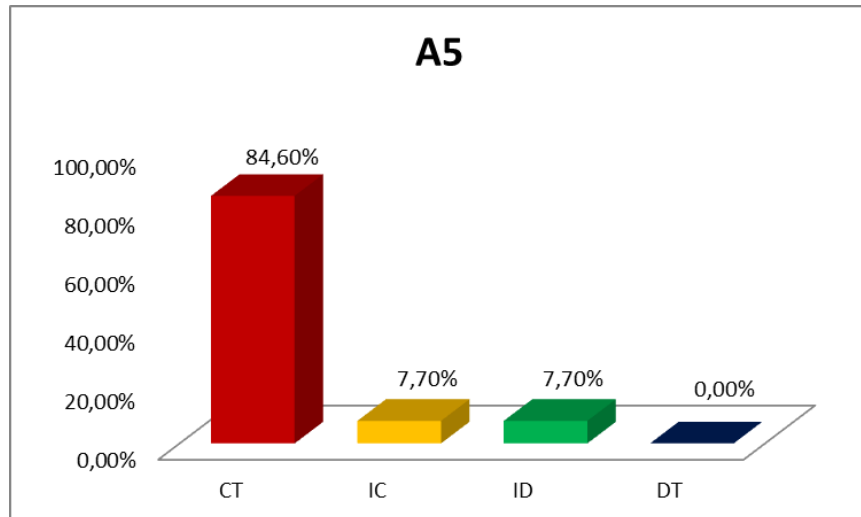
Gráfico 23: Percentual de respondentes que consideram que as atividades práticas de observação/assistência na área de Urgência e Emergência são desenvolvidas somente em cenários do SUS.



Fonte: protocolo de pesquisa.

Anteriormente, os Coordenadores demonstraram um posicionamento favorável quanto aos períodos de plantão de até 12 horas diárias, respeitado o limite de 40 horas semanais. Afirmam que são adequados para propiciar o rendimento no aprendizado e evitar a exaustão do aprendente. Considerando-se esse fato, percebe-se que a grande maioria dos Coordenadores entende que essa carga horária é uma tarefa possível de ser implantada (84,6% concordam e 7,7% estão inclinados a concordar, com média 3,77, o que deixa a assertiva em zona de conforto). (Gráfico 25)

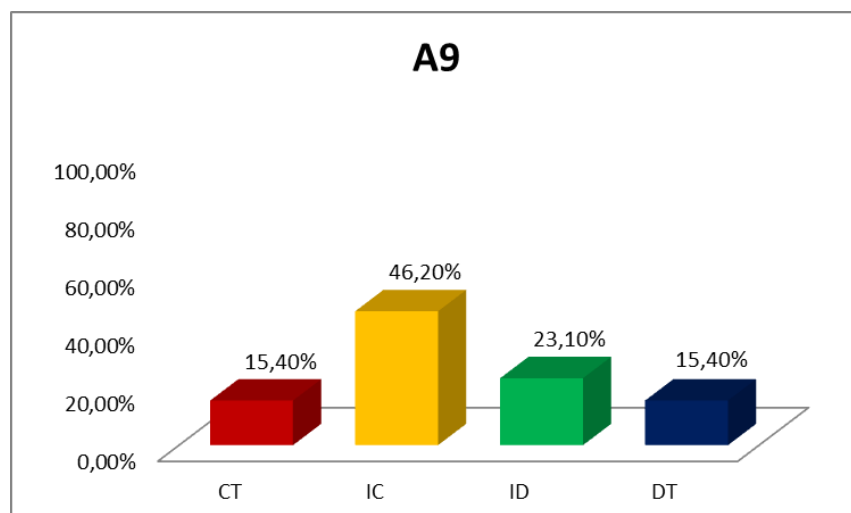
Gráfico 24: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “O limite de 40 horas semanais para realização de atividades do Internato, aí incluídas no máximo 12 (doze) horas de plantão diárias é uma tarefa possível de ser implantada”, São Paulo, 2017.



Fonte: protocolo de pesquisa.

A assertiva 9 explorou o posicionamento dos Coordenadores a respeito da afirmativa: “a implantação de, no mínimo, 30% da carga horária total do Internato Médico em Urgência e Emergência/Atenção Básica é uma tarefa difícil de ser operacionalizada no Internato Médico de minha escola”. Essa assertiva obteve uma média de 2,38, situando-se em zona de alerta. (Gráfico 25).

Gráfico 25: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “A implantação de, no mínimo, 30% da carga horária total do Internato Médico em Urgência e Emergência/Atenção Básica é uma tarefa difícil de ser operacionalizada no Internato Médico de minha escola”, São Paulo, 2017.



Fonte: protocolo de pesquisa.

Conforme assinalado na assertiva 18, a maioria dos Coordenadores se posicionou de modo favorável, no que se refere à duração mínima de 30% da carga horária total do internato, para as atividades de Atenção Básica e Urgência e Emergência. No entanto, em face da dificuldade para operacionalizar a implantação dessa recomendação, não há uniformidade na percepção dos respondentes (61,60% concordam ou se mostram inclinados a concordar e 38,50% discordam ou se mostram inclinados a discordar).

Observa-se, na análise das questões fechadas, que todos os Coordenadores afirmam possuir atividades de Urgência e Emergência no Internato. No entanto, na análise qualitativa dos dados emerge a categoria **‘proposta de implantação do ensino de Urgência e Emergência no Internato Médico’**:

“A urgência e emergência, no Internato já está programada, mas ainda sendo trabalhado os cenários e estratégias”

Como estratégia para a implantação dessa área no Internato, identificou-se a *criação de cenários de prática específicos para Urgência e Emergência e a criação de Laboratórios de Simulação*:

“(desenvolvendo) Contato com as unidades de emergência do município.”

“Ainda em desenvolvimento (estratégias para o ensino de Urgência e Emergência), Laboratório de Habilidades e Simulação.”

Os dados se mostram coerentes com a análise das questões fechadas, em que 69% dos Coordenadores afirmam já estarem em consonância com as DCNs de 2014, no que diz respeito à carga horária de Atenção Básica e Urgência e Emergência que, somadas, devem representar 30% da carga horária total do Internato. Da mesma maneira, 69% relatam que a carga horária das atividades de Atenção Básica predomina sobre a carga horária destinada às atividades de Urgência e Emergência em suas Escolas, o que demonstra estarem adequadas às determinações das DCNs de 2014.

Stella *et al.* (2009, p. 66), em estudo com 28 escolas médicas, por meio de instrumento de autoavaliação adotado pela Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (Caem), constataram que:

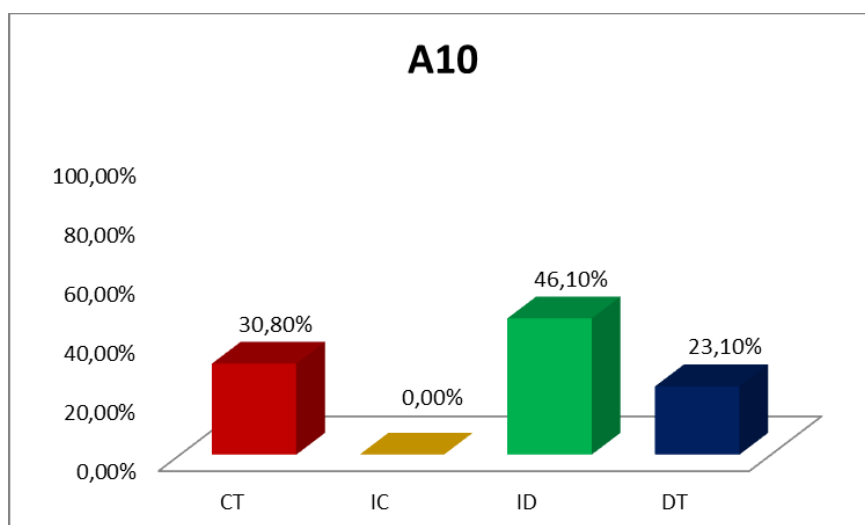
a maioria das escolas está num movimento de saída de seus muros para proporcionar aos estudantes maior experiência nos diferentes níveis de atenção à saúde. Fazem uso de parcerias com os serviços de saúde de prefeituras, unidades dos níveis de atenção primária, secundária e terciária no entendimento da construção da rede do sistema de saúde, o que vai ao encontro do que é preconizado nas DCNs.

Todavia, os mesmos autores identificaram, como dificuldades para o desenvolvimento de atividades docentes nos diferentes cenários de prática do sistema, a resistência dos docentes e de disciplinas, cuja utilização de cenários de prática extra hospitalares ocorria, com maior frequência, nas disciplinas de Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Coletiva (STELLA *et al.*, 2009).

Nogueira (2013) sinalizou que o caminho para a mudança desse paradigma, em direção ao cuidado integral do indivíduo nas suas dimensões biopsicossociais, encontra-se na reconstrução do modo de fazer clínica, com a valorização da Atenção Básica. Reforça que é no âmbito da Saúde Coletiva que se articulam esses novos conceitos e que é possível a atualização da formação médica e a consolidação de um novo paradigma.

Não há uniformidade na opinião dos Coordenadores, acerca da assertiva **“a cultura já enraizada de um Internato Médico hospitalocêntrico impossibilita o desenvolvimento de atividades em campos de prática extra hospitalares”**, na qual 30,80% dos participantes concordam totalmente. Contudo, 69,20% discordam ou estão inclinados a discordar (média de 2,62, situando-se em zona de alerta) (Gráfico 26).

Gráfico 26: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “A cultura já enraizada de um Internato Médico hospitalocêntrico impossibilita o desenvolvimento de atividades em campos de prática extra hospitalares”, São Paulo, 2017.



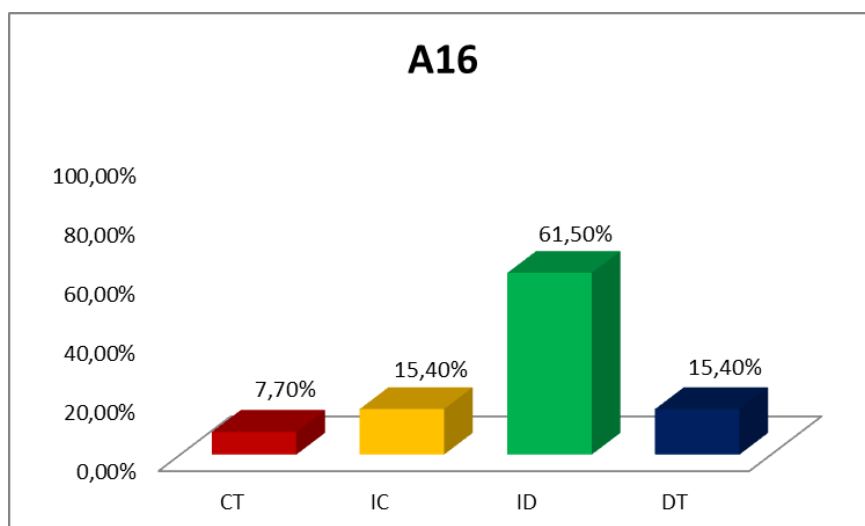
Fonte: protocolo de pesquisa.

Conforme sinalizado no referencial teórico, a formação médica no Brasil ainda apresenta áreas críticas, decorrentes de um modelo biologicista, com o olhar direcionado para a doença e não para o ser que está doente; e hospitalocêntrico, com o treinamento prático centrado em procedimentos terciários e quaternários nos hospitais.

A opinião dos participantes está em consonância com o estudo realizado pela ABEM, em 2012, com 68 escolas médicas. Esse estudo identificou, como cenários de aprendizagem no internato: hospital terciário/quaternário próprio, em 56% das escolas; hospital universitário terciário/quaternário conveniado, em 38%; pronto-socorro próprio, em 32%; pronto-socorro conveniado, em 60%; Unidades Básicas de Saúde próprias, em 22%; Unidades Básicas de Saúde conveniadas, em 97%; unidades hospitalares ou ambulatoriais conveniadas, em 18%; unidade ambulatorial própria, em 82%; unidade ambulatorial de hospital conveniado, em 53%; atividades em Caps (Centro de Atenção Psicossocial), em 47%; serviço de pronto atendimento próprio, em 34%; e serviço de pronto atendimento conveniado, em 57% das escolas médicas, o que evidencia o início do movimento de expansão dos cenários de prática (LAMPERT; BICUDO, 2014).

Diante da assertiva 16, 76,90% dos Coordenadores discordam ou se mostram inclinados a discordar que “**o Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) tem se mostrado um meio simples para a pactuação de parcerias e aproximação ensino-serviço-comunidade**”, com média de 2,15, em zona de alerta. (Gráfico 27).

Gráfico 27: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “O Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) tem se mostrado um meio simples para a pactuação de parcerias e aproximação ensino-serviço-comunidade”, São Paulo, 2017.

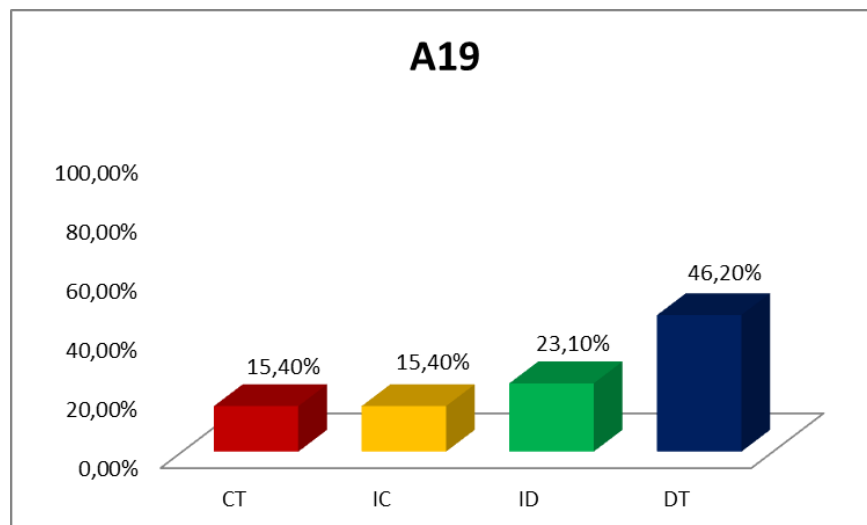


Fonte: protocolo de pesquisa.

Apesar da percepção positiva dos Coordenadores/Diretores diante dos COAPES, conforme observado na assertiva 6 da dimensão 1, na qual a grande maioria reconhece uma possibilidade de avanço na ordenação de campos de prática no Internato, esses participantes apontam dificuldades para a contratação de parcerias junto aos gestores municipais e estaduais.

“O aumento do tempo de Internato Médico para além dos dois anos obrigatórios, para atender às determinações das DCNs de 2014”, no que tange aos 30% obrigatórios para Atenção Básica e Urgência e Emergência, foi descartado por 69,30% dos Coordenadores, dos quais 30,80% concordam com essa necessidade. Esse dado foi explorado na assertiva 19 que apresentou uma média de 3,00, limítrofe entre a zona de conforto e de alerta. (Gráfico 28).

Gráfico 28: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “É necessário o aumento do tempo de Internato Médico para além dos dois anos obrigatórios, tendo em vista às determinações das DCNs de 2014”, São Paulo, 2017.



Fonte: protocolo de pesquisa.

Importante enfatizar que, em relação à carga horária do Internato, todos os participantes da pesquisa referem, nas questões fechadas, que essa representa 35% da carga horária total do curso, conforme preconizado pelas DCNs de 2001 e reafirmado pelas DCNs de 2014.

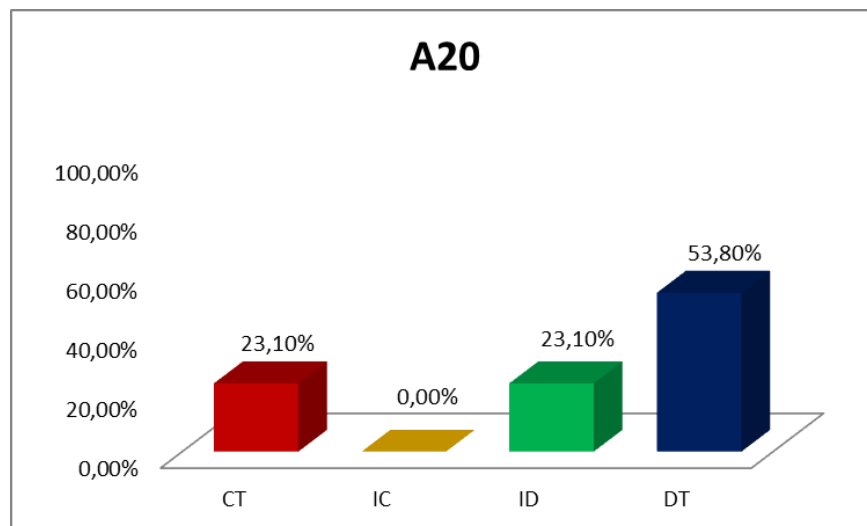
No entanto, no processo de análise qualitativa dos dados fornecidos pelas questões abertas, emergiu a categoria **adequação do Internato à duração mínima de dois anos na graduação médica** em algumas escolas, como pode ser exemplificado nos trechos a seguir:

“Teremos o internato em dois anos a partir de 2018.2”

“Implantação de novo currículo com duração do internato de 2 anos.”

Os Coordenadores também se dividem quando questionados sobre a possibilidade de “**reduzir o tempo de estágio em Medicina de Família e Comunidade**”, embora 23,10% deles concordem com essa possibilidade. (Assertiva 20, média 3,08) (Gráfico 29).

Gráfico 29: Perfil Atitudinal sobre a assertiva “O tempo do estágio nos cenários de Medicina de Família e Comunidade preconizados nas DCNs de 2014 é excessivo, podendo ser reduzido”, São Paulo, 2017.



Fonte: protocolo de pesquisa.

Conforme observado na assertiva 18 da dimensão 2, em que a maioria dos Coordenadores concorda com a ampliação da carga horária dedicada à Atenção Básica e, como foi anteriormente discutido na assertiva 7 da dimensão 2, em que a maioria dos Coordenadores também concorda que a Atenção Básica deve fazer parte do núcleo central das atividades do Internato; considera-se que é necessário o treinamento prático e vivência nesses cenários de atuação profissional, para a formação de um profissional com perfil generalista capaz de atuar diante das necessidades da população.

Finalmente, na análise de conteúdo das questões abertas, surge a categoria **adoção de metodologias mais problematizadoras na abordagem teórica do Internato Médico** que aparece como estratégia de adequação às DCNs 2014, no que diz respeito ao desenvolvimento de atividades teóricas. Os Coordenadores apontam para as diferentes possibilidades de operacionalização dessas metodologias como *estudo de caso*, *desenvolvimento de atividades*

que permitam integração multidisciplinar e utilização de novas tecnologias – ambiente virtual de aprendizagem:

“(principais atividades desenvolvidas em Saúde Mental) estudo de caso.”

“atividades de integração multidisciplinar, no modelo sessão clínica interativa.”

“A Faculdade de Ciências Médicas realiza, mensalmente, uma atividade de Integração Multidisciplinar, quando é apresentada uma situação problema e que conta com a participação de docentes de várias disciplinas.”

“Desenvolvimento de casos clínicos sobre competências em Urgência e Emergência em ambiente virtual de aprendizagem.”

As Diretrizes Curriculares estimulam a adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e a integração dos conteúdos na formação médica.

Berbel (2011, p. 29) ressaltou que as metodologias ativas representam modos de desenvolver o processo do aprendizado, a partir de experiências reais ou simuladas, com o objetivo de solucionar problemas e superar desafios que emergem das práticas sociais, em diferentes contextos. A autora cita Paulo Freire que, em defesa das metodologias ativas, afirma que, na educação de adultos, o que impulsiona a aprendizagem é a superação de desafios, a resolução de problemas e a construção do conhecimento novo, a partir dos conhecimentos e das experiências prévias dos indivíduos.

Entende-se que o Internato Médico, em sua essência, representa o que existe de mais concreto, no que se refere às metodologias ativas na graduação médica, visto que as atividades de ensino-aprendizagem partem sempre do contato direto com a realidade, nos mais diversos cenários e contextos, no âmbito individual e coletivo; com a constante mobilização de conhecimentos prévios e o desenvolvimento contínuo do raciocínio clínico; e com o objetivo do encontro da solução oportuna dos mais variados problemas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do Internato Médico, em Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro, após a instituição das DCNs de 2014, sob a ótica dos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores do Internato, mostrou-se de grande relevância, dado o volume de determinações sobre essa etapa da graduação e a necessidade de sua implantação, pelas Escolas Médicas, até o prazo de 31 de dezembro de 2018.

Durante o desenvolvimento dessa pesquisa, observou-se que as Escolas Médicas representadas passavam por um processo de adaptação para a implantação das DCNs de 2014. Identificaram-se muitas dificuldades na operacionalização das determinações contidas nessas diretrizes, em grande parte compartilhadas por vários participantes. Pôde-se ter o conhecimento das diferentes estratégias, utilizadas e planejadas pelos Coordenadores, a fim de possibilitar a implantação das DCNs de 2014.

A pesquisa trouxe, sob a perspectiva dos Coordenadores de Curso e Coordenadores de Internato, as informações a respeito do momento atual do Internato nas Escolas Médicas participantes; a opinião dos Coordenadores com relação às DCNs de 2014, no que tange ao Internato; as principais dificuldades apontadas na sua operacionalização; e as estratégias utilizadas nesse processo de implantação.

Observou-se que todas as Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro, participantes da pesquisa, estavam em movimento para a adequação às DCNs de 2014.

Todos os participantes afirmaram que a carga horária do Internato representava 35% da carga horária total do curso, de acordo com as recomendações das DCNs de 2001 e também de 2014. Entretanto, na análise das questões abertas, ainda foram identificadas escolas que estavam planejando o Internato com duração de dois anos, a partir do segundo semestre de 2018.

Verificou-se que os Coordenadores concordaram com a determinação da carga horária máxima de 40 horas semanais para as atividades práticas, incluindo o máximo de 12 horas diárias para as atividades de plantões e afirmaram, que tais determinações, já faziam parte do cotidiano do Internato de suas escolas.

Observou-se também que não existia a adequação integral em relação a determinação do cumprimento de 30% da carga horária do Internato em atividades de Urgência e Emergência e Atenção Básica, embora os Coordenadores concordassem com tal determinação. Constatou-se que a não adequação, provavelmente, estava relacionada a dificuldades no processo de implementação e operacionalização.

Em relação às atividades de Atenção Básica, os Coordenadores se posicionaram, de modo favorável, ao papel central dessa área de atuação no Internato, assim como concordaram que as atividades haveriam de ser desenvolvidas no âmbito da Medicina geral de família e comunidade, mas apresentaram a possibilidade de desenvolvimento de atividades de Atenção Básica em interface com a Clínica Médica e Pediatria. Nas questões abertas, percebeu-se que, para algumas escolas, o ensino da Atenção Básica no Internato era atribuição da Saúde Coletiva.

Identificou-se que os Coordenadores estavam de acordo com a inclusão obrigatória de Saúde Mental no Internato. Contudo, somente metade das escolas ofertavam alguma atividade de Saúde Mental, nesse momento de formação. Os participantes sinalizaram a dificuldade de criação de cenários específicos de prática. Mostraram, como estratégias, a possibilidade de abordagem transversal, integrada aos demais módulos do Internato; e a possibilidade de implementação das atividades do âmbito da Atenção Básica, sob a forma de matriciamento.

Os Coordenadores reconheceram que as atividades de Urgência e Emergência deveriam ter destaque no Internato, assim como a necessidade do desenvolvimento de atividades no ambiente pré-hospitalar e em laboratórios de simulação. Todavia, sinalizaram a dificuldade de disponibilizarem os cenários específicos para o desenvolvimento dessas atividades e os obstáculos na realização de parcerias, junto aos gestores municipais e estaduais.

Todas as escolas possuíam algum tipo de atividade de Urgência e Emergência no Internato, porém diferenciadas do preconizado pelas DCNs de 2014, em algumas escolas, as atividades não eram desenvolvidas somente em cenários do SUS, possivelmente, pela precariedade dos cenários de Urgência e Emergência públicos e a não fixação dos profissionais, nesses cenários.

Os Coordenadores sinalizaram a possibilidade de desenvolvimento de atividades de Urgência e Emergência em plantões de enfermagem, em pronto-atendimentos, em laboratórios de simulação e a criação de estágio eletivos.

Os gestores indicaram que o estabelecimento de convênios e parcerias representava o meio adequado para a ampliação da oferta de cenários de prática. Reconheciam no COAPES uma possibilidade de avanço na ordenação desses campos de prática. Todavia, indicaram dificuldades na execução dessas parcerias, evidenciando mais um entrave para o cumprimento das determinações, contidas nas Diretrizes.

Constatou-se que parte dos Coordenadores apontaram dificuldades em cumprir a determinação das DCNs de 2014, no que se refere à preceptoria no Internato Médico a ser exercida por profissionais do serviço de saúde, com supervisão dos docentes próprios das IES. Verificou-se que, provavelmente, esse fato se devia ao reconhecimento da autonomia do profissional do serviço de saúde, como preceptor na formação dos estudantes e, possivelmente, pela falta de docentes nos próprios cursos.

Os Coordenadores ressaltaram a necessidade de adoção de metodologias problematizadoras na abordagem do conteúdo teórico e trouxeram, como possibilidades: os estudos de caso; e o desenvolvimento de atividades que permitissem a integração multidisciplinar e a utilização de novas tecnologias para o uso do ambiente virtual na aprendizagem.

Por fim, identificou-se que, na opinião da maioria dos Coordenadores, o prazo, estabelecido para a completa adequação às determinações contidas nas DCNs de 2014, foi considerado insuficiente, dado o grande volume de modificações que incidiam sobre essa etapa da graduação médica.

Acredita-se que esse diagnóstico apresentado, possa auxiliar as Escolas Médicas no processo de apropriação e implantação das determinações das DCNs de 2014 e que essa pesquisa possa contribuir para o fortalecimento do diálogo entre os gestores, tanto no compartilhamento de dificuldades, como no encontro coletivo de soluções.

Ademais, estima-se que esse momento de mudanças, impulsionado pelas diretrizes, seja aproveitado como uma oportunidade para revisar o Internato Médico e, possivelmente, encontrar estratégias para o aprimoramento da formação médica, nesse espaço privilegiado da graduação.

REFERÊNCIAS



REFERÊNCIAS

AGUIAR H. D. G. et. al. O ensino da medicina de urgência no Brasil. **Rev Med Minas Gerais**, Minas Gerais, v.21, n. 4, p. 27-31, 2011.

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234–2249, dez. 2010.

AMARAL, J. L. **Duzentos anos de ensino médico no Brasil**. 2007. 207 f. Dissertação (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. **O Internato nas Escolas Médicas Brasileiras**. Rio de Janeiro: Abem, 1982.

BALLESTER D. A. *et al.* The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. **São Paulo Med J**. v.123, n.2, p. 72-76, 2005.

BATISTA, N. A.; VILELA, R. Q. B.; BATISTA, S. H. S. S. **Educação médica no Brasil**. São Paulo: CORTEZ EDITORA, 2015.

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 32, n. 1, p. 25-40, 2011.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 363–373, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html> Acesso: 09 ago. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - Portaria Interministerial n. 421, de 3 de março de 2010. **Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html> Acesso: 06 ago. 2017.

BRASIL. Lei n. 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 09 abr. 2001. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 21 ago. 2017.

BRASIL. Lei n. 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 out. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.html>. Acesso em: 14 abr. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3 de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 20 jun. 2014. Disponível em: <<http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>>. Acesso em: 07 mai. 2016.

BRASIL. Lei n. 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei n. 5.452, de 1o de maio de 1943, e a Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis n. 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6 da Medida Provisória n. 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 set. 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111788.htm> Acesso em: 08 out. 2016.

BRASIL. Lei n. 9.131, de 24 de novembro de 1995. Altera dispositivos da Lei no 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 24 nov. 1995. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9131.htm>. Acesso em: 20 abr. 2015.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 23 dez. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm>. Acesso em: 20 abr. 2015.

BRASIL. Lei n. 10.172 de 09 janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 09 jan. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10172.htm>. Acesso em: 20 abr. 2015.

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 23 ago. 2015.

BRASIL. Portaria Interministerial n. 1.124, de 4 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino- Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2015. Disponível em:

<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/23/COAPES-PORTARIA-INTERMINISTERIAL-N1.127%20-DE-04%20DE-AGOSTO-DE-2015.pdf>>. Acesso: 27 ago. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. Resolução n. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF. 2001. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2014.

BRASIL. **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA - SAÚDE MENTAL**. Brasília: Editora MS, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA DE ATENÇÃO BÁSICA - DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Editora MS, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE-MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde PRO-SAÚDE**. Brasília: Editora MS, 2005.

BRASIL, Leis, decretos etc. - Conselho Federal de Educação. Resolução nº 8 de 8 de outubro de 1969. In: ARAÚJO, Lúcia Silva, org. Legislação do ensino superior; índice remissivo e jurisprudência. Rio de Janeiro, Renes, 1973. p. 54-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História e Evolução dos Hospitais**. Departamento Nacional de Saúde; Divisão de Organização Hospitalar. Rio de Janeiro; 1944. Reedição 1965.

BUENO, R. R. L.; PIERUCCINI, M. C. **Abertura de escolas de Medicina no Brasil: relatório de um cenário sombrio**. 2. ed. 2005.

CAMPOS, G. W. S. Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na Formação Médica - Diretrizes. **Cadernos ABEM**, v. 3, p. 6-10, 2007.

CARNEIRO, L. A.; PORTO, C. C. Saúde Mental nos Cursos de Graduação: Interfaces com as Diretrizes Curriculares Nacionais e com a Reforma Psiquiátrica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 6, n. 14, p. 150-167, 2014.

COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. Gestão transformadora da escola médica in CINAEM, **Preparando a transformação da escola médica**. Projeto CINAEM, III Fase. Relatório 1999-2000, p 87-105.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA E ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. **Consolidado do VI Fórum Nacional de Ensino Médico**. Brasília, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO/CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Parecer n. 776 de 03 de dezembro de 1997. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Brasília, DF, 03 dez. 1997. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/PCNE776_97.pdf>. Acesso: 24 abr. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO/CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Parecer n. 116 de 03 de abril de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF, 03 abr. 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&Itemid=30192>. Acesso em: 20 abr. 2015.

DALMORO, M.; VIEIRA, K. M. Dilemas na construção de escalas tipo Likert: O número de itens e a disposição influenciam nos resultados? **Revista Gestão Organizacional**, v. 6, p. 161-173, 2013.

DEMARZO, M. *et al.* Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, p. 143–148, 2012.

EDLER, F.; FONSECA, M. R. F. A Formação Médica e o Nascimento da Anatomoclínica. **Cadernos Abem**, Rio de Janeiro, v. 2, jun. 2006.

EDLER, F.; FONSECA, M. R. F. Ensino Médico nas Conferências Populares da Glória (1873-1880). **Cadernos Abem**, Rio de Janeiro, v. 2, jun. 2006.

FERREIRA, B. J. **Inovações na formação médica: reflexos na organização do trabalho pedagógico**, Campinas, São Paulo, 2004.

FERRI, P.; GOMES, R. Formação Situada ou Situações do Formar: Internato Médico em Questão. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 2, p. 252–260, 2015.

FEUERWERKER, L. C. M. O Movimento Mundial de Educação Médica: As Conferências de Edinburgo. **Cadernos Abem**, Rio de Janeiro, v. 2, jun. 2006.

FILISBINO, M.; MORAES, V. A. Graduação Médica e a Prática Profissional na Perspectiva de Discentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 4, p. 540–548, 2013.

FRANCO, M.L.P.B. **Análise do Conteúdo**. 2a ed. Brasília: Líber Editora, 2005.

GALVÃO, M. A. M. Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930. **Caderno de Textos do Departamento de Ciências Médicas da Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto**, Ouro Preto, p. 1-33, 2007.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1987.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONZALEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.

JESUS, J. C. M.; RIBEIRO, V. M. B. Uma Avaliação do Processo de formação Pedagógica de Preceptores do Internato Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 2, p. 153–161, 2012.

LAMPERT, J. B. **Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil**. 2002. 238 f. Dissertação (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

LAMPERT, J. B. Educação em Saúde no Brasil: para não perder o trem da história. **Cadernos Abem**, Rio de Janeiro, v. 2, jun. 2006.

LAMPERT, J. B. Dois Séculos de Escolas Médicas no Brasil e a Avaliação do Ensino Médico no Panorama Atual e Perspectivas. **Gazeta Médica da Bahia**, Bahia, v. 78, n. 1, p. 31–37. 2008.

LAMPERT, J. B.; BICUDO, A. M. **10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014.

MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

MARTINS, M. A. Novas Tendências do Ensino Médico. *Gaz. méd. Bahia*, v. 78, p. 22-24, 2008.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2005

MERHY, E. E.; ACIOLE, G. G. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em medicina. **Pro-Posições**, v. 14, n. 1, p. 53–68, 2003.

MEYER, C. *et al.* Qualidade de Vida e Estresse Ocupacional em Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 4, p. 489–498, 2012.

MINAYO, M. C. S.; **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14^a. ed. São Paulo: HUCITEC EDITORA, 2014.

NEWMAN, I. *et al.* Detecting low incidents effects: The value of mixed methods research designs in low-N studies. **Mid-Western Educational Researcher**, v. 25, n. 4, p. 31–46, 2007.

NOGUEIRA, M. I. **Retratos da formação médica nos novos cenários de prática**. São Paulo: Hucitec, 2013.

OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2017.

PEREIRA, A. A.; COSTA, A. N.; MEGALE, R. F.; Saúde Mental para Médicos que Atuam na Estratégia Saúde da Família: uma Contribuição sobre o Processo de Formação em Serviço. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n.2, p. 269-279, 2012.

PEREIRA JUNIOR, G. A. *et al.* O Ensino de Urgência e Emergência de acordo com as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Lei dos Mais Médicos. **Cadernos ABEM**, v. 11, p. 20-47, 2015.

QUERIDO, I. A. *et al.* Fatores Associados ao Estresse no Internato Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 565–573, 2016.

STELLA, R. C. R., PUCCINI, R. F. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de medicina. In PUCCINI, RF., SAMPAIO, LO., and BATISTA, NA., orgs. **A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social** [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2008. pp. 53-69. ISBN 978-85-61673-66-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

STELLA, R. C. R. *et al.* Cenários de Prática e a Formação Médica na Assistência em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 22, n. 1, p. 63–69, 2009.

STREIT, D; MACIEL, DT; ZANOLLI, MB. Contribuição para a formação de Médicos de acordo com as necessidades da sociedade: interação com as políticas de articulação ensino serviço, sociedade implementadas pelo Ministério da Saúde. **Cadernos ABEM**, v. 5, p. 21-29, 2009.

STREIT, D. S. *et al.* **Educação Médica: 10 Anos de Diretrizes Curriculares Nacionais**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2012.

TEIXEIRA, C. F. Ensino da Saúde Coletiva na Graduação. **Cadernos ABEM**, maio/junho, 2003.

WANDERLEY, V. E. **A Gestão Acadêmica na Reestruturação Curricular do Curso Médico: Uma Análise**. 2016. 156 f. Dissertação (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, São Paulo, 2016.

APÊNDICES



APÊNDICES

APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O INTERNATO MÉDICO APÓS AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DE 2014: UM ESTUDO EM ESCOLAS MÉDICAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

- Caracterização dos Participantes da Pesquisa:

Idade:	
Gênero:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Ano de Graduação:	
Titulação:	
Cargo do responsável pelas informações:	<input type="checkbox"/> Coordenador de Curso <input type="checkbox"/> Coordenador de Internato
Natureza da Instituição:	<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada
Ano que assumiu o cargo:	

- Caracterização do estado atual do Internato Médico:

1. A carga horária do Internato Médico representa no mínimo 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do curso? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
2. A carga horaria semanal das atividades do Internato representa: <input type="checkbox"/> até 40 horas <input type="checkbox"/> mais de 40 horas
3. O Internato Médico possui atividades na área de Urgência e Emergência? <input type="checkbox"/> até 12 horas por dia <input type="checkbox"/> mais de 12 horas por dia
4. O Internato Médico possui atividades na área de Urgência e Emergência? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
5. As atividades práticas de observação/assistência na área Urgência e Emergência são desenvolvidas somente em cenários do SUS? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
6. Existem atividades desenvolvidas na área de Urgência e Emergência em ambientes controlados – atividades de simulação? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
7. O Internato Médico, as atividades de Atenção Básica são desenvolvidas na área de Medicina Geral da Família e Comunidade? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
8. A carga horária atual das atividades de Atenção Básica e Urgência e Emergência somadas, representam no mínimo 30% (trinta por cento) da carga horária total do Internato Médico, conforme preconizado nas DCNs de 2014? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
9. A carga horaria atual destinada às atividades de Atenção Básica predomina sobre a carga horaria atual destinada às atividades de Urgência e Emergência? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
10. O Internato Médico possui atividades na área de Saúde Mental? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
11. O internato atual prevê estágio fora da IES representando até 25% (vinte e cinco por cento) da carga horaria total estabelecida? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
12. Como é realizada a supervisão dos estudantes durante as atividades práticas do Internato Médico? (O Sr.(a) poderá marcar mais de uma alternativa) <input type="checkbox"/> somente docentes da instituição <input type="checkbox"/> médicos/preceptores que atuam nos cenários de prática <input type="checkbox"/> médicos/preceptores que atuam nos cenários de prática, supervisionados por docente da instituição

- Identificação das estratégias utilizadas pelos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato para a implantação das determinações das DCNs de 2014 e adequação do Internato Médico:

1. Quais foram as principais modificações realizadas, ou que estão sendo realizadas no Internato Médico a fim de adequar a carga horaria das diferentes áreas obrigatórias ao que esta preconizado nas DCNs de 2014?

2. Que cenários e estratégias tem sido utilizados ou estão sendo planejados no Internato Médico para o ensino da Atenção Básica com vistas as recomendações das DCNs 2014?

3. Que cenários e estratégias tem sido utilizados ou estão sendo planejados no Internato Médico para o ensino da Urgência e Emergência com vistas as recomendações das DCNs 2014?

4. Com a inclusão da área de Saúde Mental às demais áreas já obrigatórias no Internato Médico, quais são as principais atividades que estão sendo desenvolvidas nesta área?

5. Este espaço é livre para que o Sr.(a) possa registrar qualquer informação que julgue complementar:

- Escala de opinião/avaliação dos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores Gerais de Internato sobre as determinações das DCNs de 2014 à respeito do Internato Médico das dificuldades apontadas pelos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato na operacionalização das determinações das DCNs de 2014, no tocante ao Internato Médico.

	concordo totalmente	inclinado a concordar	inclinado a discordar	discordo totalmente
1. A inclusão da área de Saúde Mental no Internato Médico deve ser obrigatória, considerando a progressiva reinserção de pacientes com doenças psiquiátricas na sociedade e também no atendimento médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. As atividades voltadas para a Atenção Básica deverão ser realizadas no âmbito da Medicina Geral de Família e Comunidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. O desenvolvimento de atividades em ambiente pré-hospitalar durante o internato é fundamental para o desenvolvimento das competências para a atuação na área de Urgência e Emergência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A precariedade dos cenários de Urgência e Emergência no âmbito do SUS e a não fixação de profissionais nos serviços de urgência são desafios ao desenvolvimento de atividades docentes nesse contexto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O limite de 40 horas semanais para realização de atividades do Internato, aí incluídas no máximo 12 (doze) horas de plantão diárias é uma tarefa possível de ser implantada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. O Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Serviço (COAPES) com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde é a opção mais adequada para a garantia de aumento da oferta de campos de prática de qualidade para os estudantes no Internato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A Atenção Básica deve fazer parte do núcleo central das atividades discentes desenvolvidas no Internato Médico, visto que tem capacidade de resolução de 80% dos problemas de saúde da população.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. As atividades de Urgência e Emergência devem ter destaque no Internato Médico, pois grande parte dos egressos iniciam suas atividades profissionais nesses campos de prática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A implantação de, no mínimo, 30% da carga horária total do Internato Médico em Urgência e Emergência/Atenção Básica é uma tarefa difícil de ser operacionalizada no Internato Médico de minha escola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. A cultura já enraizada de um Internato Médico hospitalocêntrico impossibilita o desenvolvimento de atividades em campos de prática extra-hospitalares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	concordo totalmente	inclinado a concordar	inclinado a discordar	discordo totalmente
11. Frente ao cenário atual, com a evidente falta de recursos humanos, a obrigatoriedade da preceptoria no Internato Médico ser exercida por profissionais do serviço de saúde com supervisão dos docentes próprios da Instituição de Educação Superior é impossível de ser cumprida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Dado o grande volume de modificações contidas nas DCNs de 2014 no tocante ao Internato Médico o prazo limite de 31 de dezembro de 2018 para a adequação completa do Internato Médico é insuficiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. O treinamento do interno na área de Saúde Mental no Internato Médico deve ser realizado no cenários de Atenção Básica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. As atividades em ambientes controlados (laboratórios de simulação) são fundamentais no desenvolvimento das atividades de Urgência e Emergência no Internato Médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. O desenvolvimento das atividades do Internato em cenários de Urgência e Emergência restritos aos serviços públicos é impossível de ser colocado em prática no cotidiano da minha escola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. O Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) tem se mostrado um meio simples para a pactuação de parcerias e aproximação ensino-serviço-comunidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Os períodos de plantão de até 12 (doze) horas diárias, respeitando o limite de 40 (quarenta) horas semanais, são adequados para propiciar o rendimento no aprendizado e evitar a exaustão do aprendente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. O treinamento do interno em cenários de Atenção Básica e Urgência e Emergência deve representar, no mínimo, 30% da carga horaria total do Internato Médico, o que significa pelo menos 6 (seis) meses nestes cenários.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. É necessário o aumento do tempo de Internato Médico para além dos dois anos obrigatórios, tendo em vista às determinações das DCNs de 2014.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. O tempo do estágio nos cenários de Medicina de Família e Comunidade preconizados nas DCNs de 2014 é excessivo, podendo ser reduzido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. A elaboração das DCNs de 2014 a partir da Lei dos Mais Médicos foi um avanço significativo para o funcionamento dos Cursos de Graduação em Medicina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O INTERNATO MÉDICO APÓS AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DE 2014: UM ESTUDO EM ESCOLAS MÉDICAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Pesquisadora: Patricia Tavares da Silva Candido

Orientador: Prof. Dr. Nildo A. Batista

Coorientadora: Prof. Dra. Simone Conde

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **O INTERNATO MÉDICO APÓS AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DE 2014: UM ESTUDO EM ESCOLAS MÉDICAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO** - do Programa de Mestrado Ensino em Ciências da Saúde – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) / Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Se decidir participar, é importante que leia estas informações sobre o estudo e o seu papel nesta pesquisa.

O Sr.(a) foi selecionado(a) através do método de seleção de amostra não probabilística e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento o Sr.(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador.

É preciso entender a natureza e os riscos da sua participação e dar o seu consentimento livre e esclarecido por escrito.

O objetivo deste estudo é investigar o Internato Médico, em Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro, após instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o Curso de Graduação em Medicina de 2014. A decisão de realizar esta pesquisa surge com a publicação das DCNs em 2014, e as diversas modificações que determina sobre a graduação, em especial sobre o internato médico, e após dois anos, conhecer, à partir do Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato, o estado atual do Internato Médico no tocante aos principais indicadores das DCNs de 2014, apreender a opinião/avaliação dos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato sobre as determinações das DCNs de 2014 à respeito do Internato Médico, levantar as dificuldades apontadas pelos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato para a operacionalização das determinações das DCNs de 2014 no tocante ao Internato Médico e conhecer as estratégias utilizadas pelos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato para a implantação das determinações das DCNs de 2014 no Internato Médico.

Se concordar em participar desta pesquisa, o Sr.(a) será solicitado a responder um instrumento de coleta de dados composto de: questões fechadas para caracterização dos participantes da pesquisa; questões fechadas e abertas para conhecer o estado atual do Internato Médico sob a sua perspectiva e as estratégias utilizadas para implantação das DCNs de 2014 no Internato Médico e uma escala atitudinal sobre a opinião/avaliação do Sr.(a) sobre as DCNs do Curso de Graduação em Medicina de 2014 e o Internato Médico e para avaliação das dificuldades apontadas pelo Sr.(a) para a operacionalização das determinações das DCNs de 2014 no tocante ao Internato Médico. O instrumento de coleta de dados da pesquisa será enviado por meio eletrônico, via e-mail e deverá ser respondido e reenviado por meio eletrônico à pesquisadora. Caso o Sr.(a) não envie o instrumento respondido após 15 (quinze) dias, será realizado o reenvio do instrumento por e-mail. Caso o Sr.(a) não envie o instrumento respondido após 15 (quinze) dias do reenvio, será realizado contato telefônico, pela própria pesquisadora, solicitando o envio do instrumento respondido por meio eletrônico. Caso o Sr.(a) não envie o documento respondido após 15 (quinze) dias, será solicitado, pela pesquisadora, um encontro presencial para aplicação do instrumento de pesquisa, de acordo com a sua disponibilidade.

Ao concordar em participar desta pesquisa o Sr.(a) autorizará que a pesquisadora utilize os resultados obtidos para análise e futura publicação desse projeto de pesquisa.

Esses dados serão guardados por um período de 5 anos. As informações fornecidas pelo Sr.(a) serão confidenciais e de conhecimento apenas do(s) pesquisador(es) responsável(eis). O Sr.(a) não será identificado(a) em nenhum momento, e quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. A pesquisa tentará preservar o máximo sua privacidade.

Esta pesquisa esta de acordo com as normas do Comitê da Ética e Pesquisa com seres humanos, e não há riscos diretos relacionados à sua participação nesta pesquisa. Poderá existir desconforto na abordagem de alguns tópicos, e por este motivo, o Sr.(a) poderá optar por não responder à perguntas que não se sinta confortável em responde-las. Outro fator de desconforto poderá ser o tempo dispendido na participação desta pesquisa. Estima-se que o participante dispenda entre 40 a 60 minutos para responder todas as questões do instrumento de pesquisa.

O Sr.(a) não terá nenhum benefício imediato com esta pesquisa, contudo espera-se que os resultados obtidos com a mesma, possa auxiliar todas as Escolas Médicas participantes no processo de adequação às Diretrizes Curriculares, já que serão disponibilizados.

O Sr.(a) não terá despesas para a participação nessa pesquisa, sendo totalmente gratuita. Não haverá compensação financeira relacionada à sua participação nessa pesquisa.

O Sr.(a) tem assegurado que todas as informações obtidas a partir de sua participação nesta pesquisa serão mantidas estritamente confidenciais. Os registros estarão disponíveis apenas para os pesquisadores. O Sr.(a) não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa. Ao assinar este consentimento informado, o Sr.(a) autoriza as inspeções em seus registros.

O Sr.(a) poderá solicitar informações ou esclarecimentos adicionais a qualquer momento da pesquisa com a pesquisadora Patricia Tavares da Silva Candido, devidamente matriculada na Universidade Federal de São Paulo, através do email: patricia@fmpfase.edu.br e pelo telefone (24)998779837.

Caso haja alguma duvida quanto a ética da pesquisa, segue o endereço do Comitê de Ética e Pesquisa da Unifesp que localiza-se na Rua Botucatu nº572, 1º andar, Vila Clementino, São Paulo, CEP: 04023-061, email: cepunifesp@unifesp.br e os contato: (11) 55711062.

O Sr.(a) receberá uma cópia deste termo e após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Reforçamos que se ainda tiver dúvidas a respeito da pesquisa, não deverá assinar este documento.

CONSENTIMENTO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações contidas neste documento, descrevendo o estudo “O Internato Médico após as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um estudo em Escolas Médicas do Estado do Rio De Janeiro” antes de assinar este termo de consentimento.

Eu concordo em participar desta pesquisa. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Atesto que estou levando comigo uma cópia deste termo de consentimento.

Assinatura do Participante

Data: ___/___/___

Assinatura do Pesquisador
Patricia Tavares da Silva Candido
patricia@fmpfase.edu.br

Data: ___/___/___

APÊNDICE III – PRODUTO DE DISSERTAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE - CEDESS
MESTRADO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MODALIDADE PROFISSIONAL

PATRICIA TAVARES DA SILVA CANDIDO

**PRODUTOS DE INTERVENÇÃO NA PRÁTICA:
relatório técnico da pesquisa e formação de
rede de cooperação**

São Paulo

2017

PATRICIA TAVARES DA SILVA CANDIDO

**PRODUTOS DE INTERVENÇÃO NA PRÁTICA:
relatório técnico da pesquisa e formação de
rede de cooperação**

Produtos da dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

São Paulo

2017

PATRICIA TAVARES DA SILVA CANDIDO

**PRODUTOS DE INTERVENÇÃO NA PRÁTICA:
relatório técnico da pesquisa e formação de
rede de cooperação**

Presidente da banca:

Prof. Dr. Nildo Alves Batista
Orientador

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Rosana Rossit

Prof. Dr. Guillermo Lopez Lopez

Prof. Dr. Álvaro José Martins de Oliveira Veiga

1 INTRODUÇÃO

O mestrado profissional viabiliza, para o pesquisador, um novo entendimento da prática. Possibilita um olhar crítico e investigativo, além de proporcionar o aprofundamento em questões que, no dia a dia, não se tem a oportunidade de experimentar para que, ao final do percurso de construção da pesquisa, possam contribuir, efetivamente, para a melhoria e transformação dessa realidade.

Nesse sentido, surgiu o desejo de compartilhar os resultados e as conclusões dessa pesquisa, “O Internato Médico após as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: Um Estudo em Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro”, com os coordenadores de curso e do internato, como também com os demais interessados no estudo e no aprimoramento dessa etapa final da graduação. Existe a expectativa de que os estudos realizados possam contribuir para esse caminho de adaptações e mudanças.

Como produtos resultantes dessa pesquisa, foram desenvolvidos um relatório técnico e um site, destinados à formação de uma rede de cooperação virtual entre os gestores participantes desse processo.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE - CEDESS
MESTRADO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MODALIDADE PROFISSIONAL

PATRICIA TAVARES DA SILVA CANDIDO
NILDO ALVES BATISTA

**ANÁLISE DO INTERNATO MÉDICO NAS ESCOLAS MÉDICAS DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO, APÓS AS DIRETRIZES
CURRICULARES NACIONAIS DE 2014.**

Relatório Técnico da Pesquisa, direcionado aos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato, como subsídio para discussão e implementação de estratégias de adequação do Internato Médico às Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014.

Orientador: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

SÃO PAULO

2017

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa realizada analisou o Internato Médico nas Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro, após a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina, (DCNs) de 2014, sob a ótica dos Coordenadores de Curso e Coordenadores de Internato.

No tocante ao Internato Médico, as DCNs de 2014 trouxeram diversas determinações, que, após a promulgação da Lei nº 12.871 e instituído o Programa Mais Médicos, passam a ter força de Lei, com prazo para implantação até 31 de dezembro de 2018.

Com o objetivo de conhecer o momento atual do Internato Médico, levantou-se as seguintes questões de pesquisa:

- Como estão atualmente planejados os estágios curriculares obrigatórios dos cursos de graduação em Medicina do Estado do Rio de Janeiro, no que concerne às determinações das DCNs de 2014?
- Qual a opinião/avaliação dos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato sobre as determinações das DCNs de 2014 a respeito do Internato Médico?
- Quais são as dificuldades, apontadas pelos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato, para a operacionalização das determinações das DCNs de 2014, no que se refere ao Internato Médico?
- Quais são as estratégias, utilizadas pelos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato, para a implantação das determinações das DCNs de 2014, no Internato Médico?

Nesse estudo, realizou-se uma pesquisa exploratória, descritiva, do tipo corte transversal que utilizou abordagens qualitativas e quantitativas, o que possibilitou a complementaridade dos dados. Foi realizada no Estado do Rio de Janeiro, situado na Região Sudeste do País, que possuía 19 cursos de medicina em 15 Escolas Médicas (quatro escolas médicas possuíam dois cursos). Os dados foram obtidos no site emec.mec.gov.br no dia 28 de março de 2016.

Dos 19 cursos de medicina em atividade, dez estavam localizados na Região Metropolitana do Estado e os outros nove em cinco diferentes regiões: dois na Região Norte, dois na Região Noroeste, dois na Região Serrana, dois na Região Médio Paraíba e um na Região Centro-sul (somente a Região dos Lagos não possuía cursos de medicina).

Doze dos 19 cursos pertenciam a Instituições Privadas e cinco a Instituições Públicas. Na pesquisa, foram incluídas as Escolas Médicas públicas e privadas, reconhecidas pelo Ministério da Educação que tinham, no mínimo, uma turma de alunos formados ao final do ano de 2016.

Os dados foram coletados junto aos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores Gerais de Internato. Na hipótese da Escola Médica possuir tanto o cargo de Coordenador de Curso, como o de Diretor de Curso, a preferência seria dada ao Coordenador de Curso. Os 17 Coordenadores/Diretores de Curso foram contatados a partir dos dados disponíveis na página <http://emec.mec.gov.br/>, por meio de consulta realizada até o dia 28 de março de 2016. Os Coordenadores de Internato foram identificados, de acordo com a indicação dos Coordenadores de Curso.

Dentre os 17 Coordenadores/Diretores de Curso, convidados a participar da pesquisa, nove responderam o instrumento de pesquisa enviado, (53% do universo). A população total do estudo foi representada por 13 participantes, dos quais nove eram Coordenadores/Diretores de Curso e quatro, Coordenadores de Internato.

Com a finalidade de responder às questões levantadas, foi construído um instrumento de pesquisa, constituído de três partes: a primeira parte foi composta por um questionário, com perguntas fechadas, para caracterização dos participantes de pesquisa. A segunda, foi constituída por um questionário com perguntas fechadas e abertas, a fim de conhecer o estado atual e as estratégias utilizadas pelos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato, para a implantação das DCNs de 2014.

A terceira parte do Instrumento foi representada por uma escala atitudinal do tipo Likert, com a finalidade de apreender a opinião/avaliação dos participantes da pesquisa sobre as DCNs de 2014, a respeito do Internato Médico, e de levantar as principais dificuldades, apontadas pelos Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores do Internato, para a operacionalização das determinações das DCNs de 2014, no Internato Médico.

A escala atitudinal foi dividida em três dimensões, criadas e direcionadas a partir dos objetivos da pesquisa: as determinações gerais e legais das DCNs de 2014; as recomendações das DCNs de 2014 para a Atenção Básica e Urgência e Emergência no Internato Médico; e as dificuldades/sugestões para a operacionalização das determinações das DCNs de 2014, no Internato Médico.

As respostas das questões abertas foram submetidas à análise de conteúdo, na modalidade análise temática. As questões fechadas foram tabuladas e apresentadas em percentuais.

A escala de percepção utilizada, na pesquisa, teve a sua análise baseada em três intervalos de pontuação: de 1 a 1,99 pontos, a percepção é negativa e mudanças em curto prazo devem ser tomadas; de 2,00 a 2,99 pontos, a percepção revela aspectos a serem melhorados, exigindo medidas em médio prazo; e de 3,00 a 4,00 pontos, a percepção é positiva e pode ser potencializada, mas o objeto ou situação pesquisada, a princípio, encontra-se numa zona de conforto.

Para disponibilizar essa análise aos gestores, foi produzido, de maneira sistematizada e direta, esse **relatório técnico** da pesquisa que contém os resultados e as demais informações pertinentes. A finalidade desse relatório técnico é contribuir com as Escolas Médicas no processo de implantação das DCNs de 2014.

Esse relatório destaca aspectos fundamentais da pesquisa “O Internato Médico após as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: Um Estudo em Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro”, realizada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre Profissional pelo Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, oferecido pelo Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da UNIFESP.

2 O QUE A PESQUISA APONTA

Os resultados da pesquisa evidenciam que todas as Escolas Médicas representadas estavam em movimento para adequação às DCNs de 2014.

No que tange à elaboração das DCNs de 2014, a partir da Lei que instituiu o Programa Mais Médicos, os coordenadores não chegaram a um consenso quanto a essas diretrizes terem representado um avanço significativo para o funcionamento dos Cursos de Graduação em Medicina.

A maioria dos Coordenadores reconhece o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Serviço (COAPES), com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, como a opção mais adequada para garantir campos de prática de qualidade para os estudantes no Internato. O COAPES surgiu para regulamentar os convênios entre as instituições de ensino e serviços assistenciais.

Verifica-se que parte dos Coordenadores não concorda com a recomendação das DCNs de 2014, no que diz respeito à preceptoría no Internato Médico a ser exercida por profissionais do serviço de saúde, com supervisão dos docentes próprios das IES. Provavelmente, esse fato se deve ao reconhecimento da autonomia do profissional do serviço de saúde, como preceptor na formação dos estudantes e, possivelmente, pela falta de docentes nos próprios cursos.

Dos Coordenadores participantes, 46,1% consideram o prazo limite de 31 de dezembro de 2018, insuficiente, para a completa implantação das determinações das Diretrizes no Internato Médico.

Para os Coordenadores/Diretores de Curso e Coordenadores de Internato, a respeito das recomendações das DCNs de 2014, no que se refere à carga horária:

- Todos os Coordenadores afirmam que a carga horária semanal das atividades do Internato representa até 40 horas semanais. Doze dos treze Coordenadores referem que os períodos de plantão, de uma determinada área do Internato, compreendem até 12 horas por dia, o que está em conformidade com as DCNs de 2014 e com a Lei do Estágio.
- Dos Coordenadores, 92% concordam que os períodos de plantão, de até 12 horas diárias, respeitado o limite de 40 horas semanais, são adequados para propiciar o rendimento no aprendizado e evitar a exaustão do aprendente.
- Grande parte dos Coordenadores concorda que o treinamento do interno, em cenários de Atenção Básica e Urgência e Emergência, deve representar, no mínimo, 30% da carga horária total do Internato Médico, o que significa, pelo menos, seis meses nesses cenários. Dos Coordenadores, 69% afirmam que estão em consonância com as DCNs de 2014, no que concerne à carga horária de Atenção Básica e Urgência e Emergência que, somadas, devem representar 30% da carga horária total do Internato. Da mesma maneira, 69% relatam que a carga horária das atividades de Atenção Básica predomina sobre a carga horária destinada às atividades de Urgência e Emergência em suas Escolas, o que significa, igualmente, que estão adequadas às determinações das DCNs de 2014.
- Com relação à obrigatoriedade de cumprir 30% da carga horária do Internato, em atividades nas áreas de Atenção Básica e de Urgência e Emergência, foi descartada, por 69,30% dos Coordenadores, a necessidade de aumentar o tempo do Internato Médico, para além dos dois anos obrigatórios.

- Em relação à carga horária do Internato, todos os participantes da pesquisa referem que ela representa 35% da carga horária total do curso, conforme preconizado pelas DCNs de 2001 e reafirmado pelas DCNs de 2014. Entretanto, na análise das questões abertas, foram identificadas escolas que, ainda, planejavam o Internato com duração de dois anos, a partir do segundo semestre de 2018.

A respeito das recomendações das DCNs de 2014, no tocante à Atenção Básica:

- Todos os Coordenadores afirmam que, em suas Escolas, as atividades de ensino na Atenção Básica são desenvolvidas no âmbito da Medicina de Família e Comunidade.
- Todos os Coordenadores concordam que as atividades, voltadas para a Atenção Básica, devem ser realizadas no âmbito da Medicina Geral de Família e Comunidade, o que está em conformidade com as Diretrizes para o Ensino da Atenção Primária, publicadas em 2012 pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.
- Dos Coordenadores, 76,9% concordam que a Atenção Básica deve fazer parte do núcleo central das atividades discentes, desenvolvidas no Internato Médico, posto que tem a capacidade de resolução de 80% dos problemas de saúde da população.

Sobre as recomendações das DCNs de 2014, no que se refere ao ensino de Saúde

Mental:

- Até o momento da coleta de dados, 46% dos Coordenadores afirmam não desenvolver atividades de Saúde Mental no Internato.
- Todos os participantes concordam com a inclusão obrigatória da área de Saúde Mental no Internato.
- A maioria dos Coordenadores concorda que o treinamento do interno, na área de Saúde Mental, no Internato Médico, deve ser realizado nos cenários de Atenção Básica, bem como reconhecem a Estratégia de Saúde da Família como o espaço ideal para se aplicar os princípios da desmedicalização e desinstitucionalização, essenciais na efetivação da Reforma Psiquiátrica.

Acerca das recomendações das DCNs de 2014, no que diz respeito ao ensino de Urgência e Emergência:

- A maioria dos participantes (92,40%) reconhece que o desenvolvimento de atividades em ambiente pré-hospitalar, durante o internato, é fundamental para o desenvolvimento das competências para a atuação na área de Urgência e Emergência.
- A maioria dos Coordenadores (84,60%) considera que as atividades de Urgência e Emergência devem ter destaque no Internato Médico, pois grande parte dos egressos iniciam as suas atividades profissionais nesses campos de prática. Todos os Coordenadores afirmam possuir atividades de Urgência e Emergência no Internato. No entanto, com base na análise qualitativa dos dados, emergiu a categoria ‘proposta de implantação do ensino de Urgência e Emergência no Internato Médico’, o que demonstra que algumas escolas estavam em processo de implantação.
- A maioria dos Coordenadores (84,60%) afirma que as atividades em ambientes controlados (laboratórios de simulação) são fundamentais no desenvolvimento das atividades de Urgência e Emergência no Internato Médico. No entanto, somente 61% deles referem utilizar atividades em ambientes controlados como ferramenta para o desenvolvimento e treinamento das atividades práticas, na área de Urgência e Emergência no Internato.

No que concerne às Dificuldades/Sugestões, na operacionalização das determinações das DCNs de 2014 no Internato Médico, os Coordenadores, participantes da pesquisa, apontam para a precariedade dos cenários de Urgência e Emergência no âmbito do SUS. A não fixação dos profissionais, nos serviços de urgência, são entraves para o desenvolvimento de atividades docentes, nesse contexto. Dos Coordenadores, 30,7% consideram impossível desenvolver atividades, em cenários de Urgência e Emergência, somente em serviços públicos.

Dos participantes, 31% ressaltam que as atividades práticas, de observação/assistência na área de Urgência e Emergência, não são desenvolvidas, exclusivamente, em cenários do SUS, o que evidencia a impossibilidade do cumprimento integral das determinações das DCN de 2014, até o momento da realização da coleta de dados dessa pesquisa.

A respeito da determinação das DCNs de 2014, em que, no mínimo, 30% da carga horária total do Internato Médico deva ser desenvolvida nas áreas de Urgência e Emergência e de Atenção Básica, 61,60% dos participantes afirmam que é uma tarefa difícil de ser operacionalizada no Internato Médico.

Os Coordenadores/Diretores demonstraram uma reação positiva com relação ao COAPES e vislumbraram a possibilidade de avanço na ordenação de campos de prática no Internato. Contudo, apontaram dificuldades para consolidação de parcerias junto aos gestores municipais e estaduais.

3 CONSIDERAÇÕES/RECOMENDAÇÕES ÀS ESCOLAS

Ao final dessa pesquisa, verificou-se uma variedade de estratégias utilizadas e planejadas pelos Coordenadores de Curso e Coordenadores de Internato, com vistas à implantação das determinações das DCNs de 2014, no Internato Médico.

Com relação à adequação de carga horária e do tempo de duração dos estágios no Internato foi apontada a necessidade de *ampliação de carga horária* nas áreas de Atenção Básica e Urgência e Emergência e a *redução da carga horária de estágio fora da IES*, como uma estratégia para a adequação de carga horária e duração dos estágios.

Algumas escolas sinalizam a necessidade de adequação do Internato à duração mínima de dois anos na graduação médica, uma recomendação já presente nas DCNs de 2001 e reafirmadas pelas DCNs de 2014.

Em relação às propostas de implantação e reestruturação do ensino de Atenção Básica no Internato Médico, propõem-se as seguintes estratégias:

- *ampliação e diversificação de cenários de prática específicos para Atenção Básica* no Internato Médico, como Clínicas da Família e *Centro de saúde da família das Secretarias Municipais de Saúde*.
- *desenvolvimento de atividades de Atenção Básica em interface com as áreas de Clínica Médica e Pediatria*.

Para a implantação e reestruturação do ensino de Saúde Mental no Internato Médico, observam-se as seguintes estratégias:

- *criação/ampliação de cenários de prática específicos para Saúde Mental, como Ambulatórios de Saúde Mental, Visitas no Pronto Socorro Psiquiátrico Municipal, desenvolvimento de atividades em terapia comunitária e de família.*
- *proposta de abordagem transversal da saúde mental, em todos os módulos do Internato Médico.*
- *implementação de atividades de Saúde Mental no âmbito da Atenção Básica.*

Para a implantação e reestruturação do ensino de Urgência e Emergência, no Internato Médico, verificam-se as seguintes estratégias:

- *ampliação e diversificação de cenários de prática de Urgência e Emergência, como estágios em Serviço de Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde; desenvolvimento de atividades de Urgência e Emergência em plantões de enfermaria.*
- *ampliação de atividades de Urgência e Emergência com a criação de estágios eletivos, por meio de convênios com as emergências da rede municipal.*
- *ampliação de atividades de Urgência e Emergência, com treinamento em laboratórios de simulação.*
- *desenvolvimento de atividades de Urgência e Emergência em Unidades de Pronto Atendimento do SUS.*

De modo geral, os Coordenadores reconhecem que o estabelecimento de novos convênios e parcerias para o estágio dos estudantes representa uma estratégia a ser utilizada pelas Escolas para a implantação e adequação às determinações das DCNs de 2014.

A adoção de metodologias mais problematizadas na abordagem teórica do Internato Médico aparece como estratégia de adequação às DCNs 2014, no tocante ao desenvolvimento de atividades teóricas. Os Coordenadores apontam para as diferentes possibilidades de operacionalização dessas metodologias como: o estudo de caso, o desenvolvimento de atividades que permitam integração multidisciplinar e a utilização de novas tecnologias – ambiente virtual de aprendizagem.

Em síntese, espera-se que a divulgação e a discussão desse relatório técnico, no âmbito das escolas, possa contribuir no processo de adequação e implantação das DCNs de 2014.

4 REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. Resolução n. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF. 2001. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2014.

BRASIL. Lei n. 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 out. 2013. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.html>. Acesso em: 14 abr. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3 de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 20 jun. 2014. Disponível em:< <http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>>.

Acesso em: 07 mai. 2016.

FRANCO, M.L.P.B. Análise do Conteúdo. 2a ed. Brasília: Líber Editora, 2005.

GIL, A. C. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MINAYO, M. C. S.; O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14a. ed. São Paulo: HUCITEC EDITORA, 2014.

NEWMAN, I. et al. Detecting low incidents effects: The value of mixed methods research designs in low-N studies. *Mid-Western Educational Researcher*, v. 25, n. 4, p. 31–46, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE - CEDESS
MESTRADO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MODALIDADE PROFISSIONAL

PATRICIA TAVARES DA SILVA CANDIDO
NILDO ALVES BATISTA

FORMAÇÃO DE REDE DE COOPERAÇÃO VIRTUAL

SÃO PAULO
2017

PATRICIA TAVARES DA SILVA CANDIDO

**REDE DE COOPERAÇÃO E ESTUDOS – O INTERNATO MÉDICO
NAS ESCOLAS MÉDICAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Rede de Cooperação Virtual entre Coordenadores/
Diretores de Curso e Coordenadores de Internato,
das Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro,
participantes da pesquisa, destinada ao diálogo e
troca de experiências acerca do Internato Médico.

Orientador: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

SÃO PAULO

2017

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da pesquisa: “O Internato Médico após as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: Um Estudo em Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro” trouxe informações acerca: do momento atual do Internato nas Escolas Médicas participantes; da opinião dos Coordenadores a respeito das DCNs de 2014, no que se refere ao Internato; das principais dificuldades apontadas na sua operacionalização; e das estratégias utilizadas/planejadas nesse processo de implantação.

Com a finalidade de possibilitar a aproximação dos gestores participantes desse processo, foi criada uma **rede de cooperação** virtual, como uma ferramenta para permitir o diálogo, a troca de experiências, o compartilhamento de ideias e estratégias, para a superação das dificuldades apontadas. Objetiva-se a construção de um espaço virtual que possibilite a discussão dessa temática e o compartilhamento de artigos e de materiais pertinentes. Pressupõe-se que a publicação do relatório técnico e da dissertação dessa pesquisa venha a contribuir com esse espaço e se torne uma ferramenta de fácil acesso ao grupo participante.

Redes de cooperação são muito utilizadas no meio empresarial. Representam agrupamentos de empresas que buscam objetivos comuns, habitualmente, no âmbito da lucratividade e na busca da sobrevivência. Essas redes têm impacto na produtividade, na inovação das empresas envolvidas e na formação de novos negócios. As empresas, que se unem em redes, conseguem se apropriar desses benefícios e obtêm vantagens competitivas (TALAMO; CARVALHO, 2004).

De acordo com Verschoore e Balestrin, (2008, p. 1.045)

A ideia da cooperação em rede está em processo de consolidação na sociedade contemporânea. ... as redes de cooperação despontam como quebra paradigmática na condução dos negócios. A expansão global dos mercados, a extrema rapidez dos avanços tecnológicos, a maior facilidade das trocas informacionais e o fim das vantagens competitivas estáveis, entre outros fatores, determinaram a superação do modo de competição tradicional, calcado na burocracia hierárquica das megaestruturas empresariais. Os consumidores do século XXI exigem competências muito além daquelas que uma empresa consegue desenvolver isoladamente. Sendo assim, a predisposição para a cooperação em rede tornou-se obrigatória e a sua concretização transformou-se em diferencial.

As redes de cooperação permitem o encontro de soluções, diferentes daquelas realizadas de modo tradicional. Nessas redes, as conexões entre os participantes constituem relações estruturadas, social e economicamente, com a finalidade de alcançar os objetivos individuais e coletivos. A articulação, em rede, permite o fortalecimento do grupo envolvido (VERSCHOORE; BALESTRIN, 2008).

A operacionalização da rede de cooperação virtual, sobre a implementação das DCNs de 2014, com relação ao internato médico, demandará esforços constantes e empenho dos participantes para que a sua finalidade seja alcançada. Acredita-se que, futuramente, possa representar uma ferramenta que possibilite a aproximação entre os gestores e, conseqüentemente, entre as Escolas Médicas para o diálogo, a discussão e a troca de experiências, acerca da formação médica.

2 METODOLOGIA

Para possibilitar a formação de uma rede de cooperação virtual entre os Coordenadores da pesquisa, criou-se um site por meio da plataforma *Google*, denominado *Google Sites*. Esta ferramenta gratuita permite a criação de uma página virtual, na qual se torna possível a participação e a edição colaborativa da equipe participante. Possibilita a divulgação e o compartilhamento de arquivos, de vídeos, de agendas que estão disponíveis, na internet, para livre acesso.

Por meio dessa mesma plataforma, foi criado um grupo, denominado de *Google Groups*. Esta ferramenta gratuita permite a criação de um grupo virtual e fechado, o qual está composto, inicialmente, pelos Coordenadores participantes da pesquisa que foram convidados, por e-mail, a fazer parte desse grupo. Essa plataforma pode ser utilizada tanto para a confecção e a distribuição de e-mails, como para a realização de fóruns de discussão e criação de chats para conferências em tempo real.

3 DESCRIÇÃO E APRESENTAÇÃO DO PRODUTO

O site criado foi denominado: Rede de Cooperação e Estudos – O Internato Médico nas Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro e pode ser acessado por intermédio do link: <https://sites.google.com/fmpfase.edu.br/rede-de-cooperacao-internato>.

Inicialmente, todos os Coordenadores participantes da pesquisa foram convidados, via e-mail, a formar esta rede de cooperação. A equipe constituída terá permissão para editar, de maneira colaborativa, a página criada. Será possível a postagem de arquivos, de vídeos e de materiais pertinentes que poderão ser publicados para o acesso livre ou diretamente do grupo de gestores, assim como a criação de debates e discussões no espaço reservado para tal finalidade. O objetivo é que a equipe mantenha o site em atividade, a fim de proporcionar a aproximação dos Coordenadores e, conseqüentemente, das Escolas Médicas, bem como de se tornar um espaço independente para discussões produtivas acerca do Internato Médico.

Página inicial do site: Rede de Cooperação e Estudos – O Internato Médico nas Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: <https://sites.google.com/fmpfase.edu.br/rede-de-cooperacao-internato>

Página Diretrizes Leis e Portarias, do site: Rede de Cooperação e Estudos – O Internato Médico nas Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: <https://sites.google.com/fmpfase.edu.br/rede-de-cooperacao-internato>

Página Relatório Técnico, do site: Rede de Cooperação e Estudos – O Internato Médico nas Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro.



Fonte: <https://sites.google.com/fmpfase.edu.br/rede-de-cooperacao-internato>

Página Dissertação Completa, do site: Rede de Cooperação e Estudos – O Internato Médico nas Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro.



Fonte: <https://sites.google.com/fmpfase.edu.br/rede-de-cooperacao-internato>

4 REFERÊNCIAS

TALAMO, J. R.; CARVALHO, M. M. Seleção dos Objetivos Fundamentais de uma Rede de Cooperação Empresarial. **GESTÃO & PRODUÇÃO**, v.11, n. 2, p. 239-250, 2004.

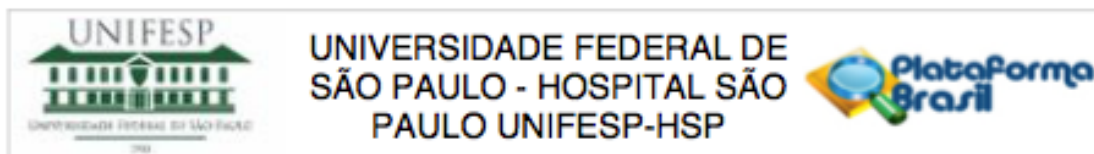
VERSCHOORE, J. R.; BALESTRIN, A. Fatores Relevantes para o Estabelecimento de Redes de Cooperação entre Empresas do Rio Grande do Sul. **RAC**, v. 12, n. 4, p. 1043-1069, 2008.

ANEXO



ANEXO

ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UNIFESP



Continuação do Parecer: 1.727.490

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 14 de Setembro de 2016

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)