

“Internato Médico” - Diretrizes Nacionais da Abem para o internato no curso de graduação em medicina, de acordo com as diretrizes curriculares nacionais

Maurício Braz Zanolli; Dione Tavares Maciel; Derly Silva Streit e Evelin Massae Ogatta Muraguchi

INTRODUÇÃO • O internato, como etapa final do curso de graduação, foi pela primeira vez regulamentado no Brasil por resolução de 1969, do Conselho Federal de Educação (CFE) do Ministério da Educação e Cultura (MEC), que o tornou obrigatório como período especial de aprendizagem^{1,2}. Antes, existia um internato espontâneo ou informal, e só no final dos anos 1950 as escolas médicas começam a oferecer internato rotatório obrigatório.

Atualmente, o internato é regulamentado por resolução do CFE de 1983, como um período obrigatório de ensino-aprendizagem, com características especiais, durante o qual o estudante deve receber treinamento intensivo, contínuo, sob supervisão docente, em instituições de saúde vinculadas ou não à escola médica.

As primeiras diretrizes para o internato foram estabelecidas pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) em 1974 e pelo MEC em 1976. O último grande estudo sobre o internato foi realizado pela Abem e MEC em 1982, com o objetivo de diagnosticar suas características nas 75 escolas médicas da

época e foi determinante para a resolução do CFE de 1983³⁻⁶. O internato teve tratamento superficial nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina (DCN) de 2001⁷, sendo definido como etapa integrante da graduação na forma de estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes, com carga horária mínima de 35% da carga total do curso, devendo, necessariamente, incluir aspectos essenciais nas cinco grandes áreas da Medicina (Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Saúde Coletiva e Ginecologia/Obstetria), com atividades eminentemente práticas.

Em 2006, a Abem abre uma discussão sobre o internato, inicialmente em suas regionais e depois em fóruns nacionais desenvolvidos durante os Cobems de 2006 em Gramado, 2007 em Uberlândia, 2008 em Salvador e 2009 em Curitiba, com ampla discussão sobre o modelo pedagógico utilizado, a supervisão e avaliação dos estudantes e também sobre que competências se esperam do aluno no final do internato. Em 2008, a Abem desenvolveu o projeto "Contribuição para a Formação de Médicos de acordo com as Necessidades da Sociedade", tendo como um dos objetivos elaborar uma proposta de diretrizes curriculares para o internato de acordo com as DCN. Esse projeto proporcionou um grande avanço na discussão sobre o internato, conseguindo construir um questionário eletrônico com os principais aspectos relevantes para o desenvolvimento de um programa de internato que contemple as DCN, incluindo características da escola, estruturação do internato, cenários de aprendizagem, supervisão dos estudantes, capacitação dos supervisores, avaliação dos estudantes, docentes e programas, e ainda atividades extracurriculares. Foi também possível construir coletivamente as competências esperadas do estudante no final do internato⁸.

OBJETIVOS • Em 2012, a Abem, com o apoio do Ministério da Saúde, desenvolve o projeto "Abem 50 anos - 10 anos de DCN", contendo um subprojeto do internato que objetivou: estabelecer diretrizes nacionais para o internato, em consonância com as DCN para o curso médico; conhecer o perfil do internato desenvolvido atualmente nas escolas médicas brasileiras e a pactuação e validação das atividades, por área e por cenário de prática, que devem ser realizadas pelo interno para atingir as competências específicas do internato desenvolvidas no projeto anterior^{9,10,11}.

MÉTODOS • Em outubro de 2012, todas as 198 escolas de Medicina do Brasil foram convidadas a participar de todo o projeto, sendo que 160 apresentavam condições de participar do subprojeto do internato – ou seja, ter iniciado seu curso no primeiro semestre de 2007 para ter pelo menos uma turma no primeiro semestre da sexta série. Destas, 68 escolas (42,5%) concordaram em participar e responderam a um questionário eletrônico pelo coordenador/responsável pelo internato, sobre a situação deste em sua escola (Anexo). Foram realizadas também três oficinas em São Paulo, sendo duas para validação das atividades a serem desenvolvidas por área, utilizando a técnica Delphi¹², e construção de uma diretriz para gestão do internato nas escolas; e uma terceira oficina para apresentação dos resultados do questionário, discussão das diretrizes de gestão do internato frente às novas DCN, pactuação final das atividades e discussão de estratégias de divulgação e implementação destas diretrizes.

RESULTADOS

Situação atual do internato nas escolas de Medicina do Brasil • A situação foi avaliada por um questionário eletrônico que, na primeira parte, fez a identificação das 68 escolas participantes e de seus programas de internato. Participaram escolas de 20 estados e de todas as regiões do País. A natureza jurídica das instituições foi a seguinte: pública federal = 21 (31%); pública estadual = 9 (13%); pública municipal = 1 (1,5%); privada filantrópica = 15 (22%); privada = 17 (25%); privada confessional (religiosa) = 1 (1,5%); outra = 4 (6%). Observa-se que a amostra das escolas é representativa das escolas brasileiras, assemelhando-se à distribuição geográfica e natureza jurídica das mesmas. O número de vagas para ingressantes variou entre 30 e mais de 120, com a maioria ao redor de 100 vagas/ano. A grande maioria alegou ter adotado as DCN totalmente (85%) e parcialmente (15%).

Com relação ao responsável pelo gerenciamento do internato, em 41% das escolas ele é feito por uma comissão de internato; nas outras, variou entre o diretor, o vice-diretor, o coordenador de graduação, um coordenador do internato; em 7% das escolas, foi referida a participação dos estudantes.

Os cenários de ensinagem utilizados ao longo do curso e do internato foram: hospital universitário terciário/quaternário próprio = 38 (56%); hospital universitário terciário/quaternário conveniado = 26 (38%); pronto-socorro úni-

co ou por áreas próprio = 22 (32%); pronto-socorro único ou por áreas conveniado = 41 (60%); Unidades Básicas de Saúde próprias = 15 (22%); Unidades Básicas de Saúde conveniadas = 66 (97%); unidades hospitalares ou ambulatoriais conveniadas com clientes particulares = 12 (18%); unidade ambulatorial própria = 56 (82%); unidade ambulatorial de hospital conveniado = 36 (53%); atividades em Caps (Centro de Atenção Psicossocial) = 32 (47%); serviço de pronto atendimento próprio = 23 (34%); serviço de pronto atendimento conveniado = 39 (57%); laboratório de aprendizagem clínica = 34 (50%); laboratório de simulação clínica = 44 (65%); hospital secundário próprio = 16 (24%); hospital secundário conveniado = 3 (51%). Em conclusão, existem muitas instituições com cenários de prática conveniados, o que pode refletir uma inserção da escola no sistema de saúde locorregional. Entretanto, é necessário garantir que os convênios estabelecidos sejam respeitados independentemente das mudanças nos cenários políticos e que os espaços para os cenários de ensino-aprendizagem (ensinagem) dos estudantes sejam assegurados.

A localização destes cenários em 72% das instituições estava na instituição, em 87% na mesma cidade da instituição, e em 54% em outras cidades, com distâncias em média de 104 quilômetros, variando de 5 a 700 quilômetros.

O volume de pacientes disponibilizados aos estudantes para o seu processo de ensinagem foi considerado adequado por 78% das escolas e inadequado em 7%.

A infraestrutura física dos cenários de ensinagem foi considerada parcialmente adequada em 59% das escolas, totalmente em 37% e em 4% inadequadas. A infraestrutura tecnológica foi parcialmente adequada para 65% das escolas, totalmente para 40% e inadequadas para 4%. A infraestrutura de recursos humanos foi parcialmente adequada em 56% das escolas, totalmente em 43% e em 1% foi inadequada. Podemos observar que a grande maioria das escolas considera a infraestrutura dos seus cenários de aprendizagem parcial ou totalmente adequada.

Os cenários de ensinagem utilizados pelos internos da instituição, na maioria das escolas, são usados por outros estudantes tanto do mesmo curso de Medicina como de outros cursos da mesma ou de outras instituições públicas e privadas, e de maneira geral isto não afeta a aprendizagem dos estudantes.

A maioria das escolas (72%) permite que seus estudantes realizem parte (até 25%) do internato fora da instituição. Vale ressaltar que 28% das escolas não permitem a saída do estudante, o que é permitido em até 25% nas DCN.

Em 18% das escolas não é permitida a realização de estágios eletivos/op-tativos durante o internato, 7% só na própria instituição, e o restante permite dentro ou fora do Brasil.

Pouca assistência é oferecida aos estudantes no internato: 22% das escolas não oferecem nenhum tipo de assistência aos estudantes; 7% creche; 28% transporte; 43% alojamento; 59% alimentação; e 15% bolsa auxílio de valores variáveis.

Sobre a duração do internato, na grande maioria das escolas (85%) é de 24 meses, em 10% é de 18 meses, em 3 escolas é variável acima de 20 meses, e em 1 escola é de apenas um ano. A carga horária total do internato é bastante variável: de 1.600 a 6.135 horas, com média ao redor de 3.500, sendo que 2 escolas têm menos de 2.520, e 3 têm mais de 5.000. A carga horária semanal varia de 40 a 60 horas. A maioria das escolas oferece férias de duas a quatro semanas (96%) durante o internato, variando de 14 a 55 dias, e duas escolas não dão férias. Estes dados demonstram que as DCN ainda não foram totalmente implementadas, pois elas determinam que o internato tenha dois anos; e que o internato também não foi adequado à Lei do Estágio, que prevê um máximo de 40 horas semanais e férias de 30 dias por ano.

Mais adiante, apresentamos a caracterização da estruturação do estágio obrigatório do internato.

Em relação às atividades teóricas oferecidas aos internos, a maioria das escolas oferece um programa teórico com aulas presenciais (70%) e discussão de casos (88%), além de outras atividades (47%) com carga horária adequada. Entre as outras atividades desenvolvidas, encontramos: clube de revistas, sessões clínicas e anatomoclínicas, grupos de discussão, ciclos pedagógicos, Team Based Learning (TBL), atividades em laboratórios e banco de sangue, atividades com os Conselhos Regionais de Medicina, etc.

Em 94% das escolas o internato está estruturado em rodízios por áreas, em uma escola por níveis de atenção, e em três pelos dois.

Em 18% das escolas participantes os internos não recebiam um manual com as instruções, atividades, competências a serem adquiridas, locais, pre-

ceptores, endereços e telefones importantes, formas de avaliação e as normas que regem o internato.

Como indicado na Tabela 1, as subdivisões nas áreas de estágio e o tempo de cada subdivisão em semanas foram: nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia, 80% das escolas responderam, sendo que em 50% a 60% delas os estágios eram únicos ou tinham duas subdivisões, com duração entre uma e 20 semanas, sendo que de 15% a 20% das escolas apresentavam estágios de três ou menos semanas. Na área de Saúde Coletiva, 70% das escolas responderam, com 76% delas com estágios de uma ou duas subdivisões com duração entre duas e 20 semanas, sendo que 15% tinham estágios de três ou menos semanas. Na Saúde Mental, só 35% das escolas responderam, com todas tendo no máximo duas subdivisões com duração entre uma e 20 semanas, e em 34% das escolas os estágios tinham três ou menos semanas. As especialidades Clínicas e Cirúrgicas foram respondidas por 34% das escolas, com 30% delas com uma ou duas subdivisões com duração de uma a 12 semanas, e 35% tinham estágios de três ou menos semanas. Especialidades Pediátricas e de Ginecologia/Obstetrícia foram respondidas por 23% das escolas, com 46% delas com estágio único ou com duas subdivisões com tempo de uma a 20 semanas, e 44% das escolas tinham estágios de três ou menos semanas.

Analisando a tabela, observamos que, para algumas áreas, poucas escolas responderam, o que pode apontar que provavelmente não existem rodízios nessas áreas, embora algumas delas sejam de extrema importância.

Quanto à duração média dos estágios em cada área/rodízio, as respostas foram: < 2 semanas em 1,5% das escolas; 2 semanas em 10%; 3 semanas em 7%; 4 semanas em 28%; 5 semanas em 7%; 6 semanas em 15%; 7 semanas em 12%; 8 semanas em 35%; 9 semanas em 13%; 10 semanas em 10%; 11 semanas em 3%; 12 semanas em 15%; > 12 semanas em 19%. Como podemos ver, existem estágios com diferentes durações e em 18,5% existiam estágios com três ou menos semanas, o que, em nossa opinião, dificulta a integração do estudante com o cenário de aprendizagem.

TABELA 1 • Subdivisões nas áreas de estágio e tempo de cada subdivisão

ÁREAS	% DE ESCOLAS COM RESPOSTA	% COM 1 OU 2 SUBDIVISÕES	TEMPO EM SEMANAS	% COM ESTÁGIOS < = 3 SEMANAS
Clínica Médica	55	53	2 a 20	17
Cirurgia	53	57	1 a 20	15
Pediatria	54	57	1 a 16	15
Gineco/Obstetrícia	54	57	2 a 16	15
Saúde Coletiva	47	76	1 a 20	13
Saúde Mental	24	100	1 a 20	33
Especialidades Cl.	23	33,5	1 a 12	39
Espec. Cir.	23	30	1 a 8	43
Espec. Ped.	15	46	1 a 20	47
Espec. GO	16	44	1 a 5	44
Espec. SM	7	86	2 a 8	29
Espec. SC	10	50	2 a 18	30
Gestão em Saúde	4	100	1 a 8 75	

A carga horária semanal média de cada estágio foi de: 24 h = 3%; 30 h = 4,5%; 34 h = 4,5%; 40 h = 56%; 44 h = 15%; 50 h = 3%; 54 h = 1,5%; 60 h = 7,5%; outras (25, 32, 32) = 4,5%. Em 27% das 66 escolas que responderam a esta questão, o tempo extrapola o permitido pela lei do estágio e incluído nas novas DCN de 2014.

Em 24% das escolas existe apenas um rodízio em cada grande área durante todo o internato, em 3% os rodízios das grandes áreas se repetem no quinto e sexto ano e são idênticos, em 71,5% os rodízios se repetem em locais diferentes (nível de complexidade) e com objetivos diferentes e em 1,5% a sequência foi outra. Na grande maioria, ou existem estágios únicos em cada grande área, ou se repetem de maneira diferente.

Com relação ao treinamento específico para atendimentos de urgência e emergência oferecidos aos estudantes, os resultados foram os seguintes: ATLS foi oferecido em 19 (28%) escolas com carga horária média de 22 (4 a 112) horas; ACLS em 21 (32%) escolas com média de 28 (4 a 180) horas; e o PALS em 15 (22%) escolas com média de 23 (4 a 140) horas. Observa-se baixa oferta de treinamento nestas áreas, o que consideramos uma falha grave.

Com relação à carga horária semanal, observou-se para cada área: Ambulatório Geral: 37 escolas responderam, com média de 22,2 (10 a 40) horas; Ambulatório de Especialidades: 40 escolas responderam, com 24 (4 a 60 em 1 escola - 2,5%) horas em média por semana; Enfermaria Geral: 47 escolas responderam, com média de 26,7 (8 a 50 em 1 escola - 2%) horas semanais; Enfermaria de Especialidades: 24 (4 a 60) horas semanais e em 2 (8%) foi de mais de 40; Programa de Saúde da Família: 37 escolas, com média semanal de 34 (6 a 44 em 1 escola - 3%) horas; Serviço de Pronto Atendimento: 30 escolas, com 30 (6 a 60 em 2 escolas - 7%) horas semanais; Pronto-Socorro Adulto: em 47 escolas, com média de 29 (4 a 60) horas semanais, sendo maior que 40 horas em 5 (11%); Pronto-Socorro Infantil: 42 escolas, com média de 29 (6 a 60) horas semanais e em 5 (12%) com mais de 40 horas; Pronto-Socorro de Ginecologia e Obstetrícia: 41 escolas, com 27 (6 a 60) horas semanais e em 4 (10%) mais de 40; Pronto-Socorro de Saúde Menta: 15 escolas responderam e 6 afirmaram não ter, e nas outras 9 a média foi de 20 (4 a 40) horas semanais; Sala de Emergência: 35 escolas responderam e 5 afirmaram não ter e nas restantes a média semanal foi de 27 (2 a 60) horas, sendo em 2 (7%) 60 horas; Serviço de Resgate: 17 escolas responderam e 5 não ofereciam, sendo a média nas restantes de 17 (6 a 40) horas semanais; UTI Geral: 30 escolas com 26 (1 a 60) horas semanais e em 2 (7%) com mais de 40; UTI Cardiológica: 16 responderam e só 6 ofereciam, com média de 24 (4 a 40) horas semanais; UTI Pediátrica: 19 escolas responderam e 12 ofereciam estágio, com média de 16 (1 a 40) horas semanais; Anestesiologia: 25 escolas, com 22 horas semanais, variando de 4 a 80 (1 escola - 4%).

Os responsáveis pela supervisão do interno durante os estágios foram o preceptor não docente pela área em 48 (71%) das escolas, o preceptor docente em 65 (96%), residentes da área em 29 (43%), e em uma escola, no estágio de Saúde Coletiva, a supervisão é feita também por enfermeiro. Como dado po-

sitivo, a responsabilidade pela supervisão na grande maioria das escolas tem a participação de docentes.

As funções desempenhadas pelos preceptores, docentes e não docentes, do internato são também assistenciais e de supervisão de outros estudantes e residentes na grande maioria das escolas.

Quanto à formação pedagógica para o internato, os dados são alarmantes, pois somente 54% dos docentes, 22% dos médicos não docentes, 10% de outros profissionais envolvidos no internato, 1,5% dos residentes e 6% dos internos recebem algum tipo de capacitação. Estes números são ainda piores para educação permanente: 34% para preceptores docentes, 15% para preceptores médicos não docentes, 4% para outros profissionais envolvidos no internato, 7% para residentes e 16% para internos.

A terceira parte do questionário foi somente para as quatro escolas que não tinham internato dividido pelas grandes áreas, e a análise dos dados ficou prejudicada.

A quarta parte do questionário investigou a avaliação no internato tanto dos estudantes quanto dos programas, e os resultados, como podemos ver a seguir, deixam muito a desejar.

Os instrumentos de avaliação dos internos são: só somativos sem *feedback* para o interno em 3% das escolas; só somativos com *feedback* para o interno em 8%; só formativos sem *feedback* para o interno em 6%; só formativos com *feedback* para o interno em 3%; somativos e formativos com *feedback* para os internos das duas avaliações em 57%; somativos e formativos com *feedback* para os internos apenas da avaliação somativa em 8%; somativos e formativos com *feedback* para os internos apenas da avaliação formativa em 12%; somativos e formativos sem *feedback* para os internos das duas avaliações em 3%. Podemos observar que muitas escolas ainda não fazem devolutivas (*feedbacks*) aos estudantes.

A avaliação do interno é feita por meio de: prova cognitiva ao final de cada etapa (rodízio/atividade) em 84% das escolas; avaliação prática de habilidades por observação real ao final de cada etapa (rodízio/atividade) - 56%; avaliação prática de habilidades por Osce ou similar ao final de cada etapa (rodízio/atividade) - 28%; portfólio por área/atividade - 34%; portfólio eletrônico por área/atividade - 6%; prova cognitiva ao final do internato - 22%; avaliação prática de

habilidades por Osce ou similar ao final do internato – 29%; avaliação qualitativa do preceptor responsável pelo interno – 69%. Observamos que avaliações de habilidades ainda não são feitas em muitas escolas.

Não existe recuperação programada em 45% das escolas, e em 30% elas são realizadas durante o estágio e em 25% após o estágio. O interno que não obtiver suficiência na avaliação repete o ano/semestre com separação da sua turma de entrada em 76% das escolas.

A avaliação do estudante é feita pelo professor/supervisor em 97% das escolas e por profissionais do serviço em 57% das escolas.

Em 14% das escolas não é realizada nenhuma avaliação do estágio obrigatório enquanto programa/processo de ensino-aprendizagem baseado na prática em serviço. Quando existe, a avaliação é realizada em 54% das escolas a cada final de atividade/área/rodízio, em 22% ao final de cada turma (semestral ou anual), em 1 escola (1,5%) semanalmente, em 2 (3%) quinzenalmente, em 3 (4,5%) mensalmente, e em 15% das escolas com outra periodicidade. Esta avaliação é feita mediante aplicação de questionários aos estudantes em 41% das escolas; aplicação de questionários aos estudantes e preceptores em 21%; aplicação de questionários aos estudantes, preceptores e usuários em nenhuma escola; e pela realização de reuniões por área/atividade com todos os envolvidos (grupos focais, oficinas, etc.) em 40%. Existe realização de devolutiva (*feedback*) aos envolvidos em 70% das escolas. Como podemos observar, a devolutiva ainda não é feita em muitas escolas, e a opinião do usuário nunca é levada em conta.

A quinta parte do questionário se refere a atividades extracurriculares e/ou complementares no internato.

Em 97% das escolas os estudantes participam de atividades extracurriculares, como: ligas (82%), atividades remuneradas de plantões (10%), exames médicos em escolas e clubes (6%), acompanhamento de docentes fora da escola (34%) e cursinhos preparativos de residência médica (76%). Estas atividades ocorrem nos horários do estágio obrigatório em 12% das escolas, e 16% delas entendem que isto prejudica o desenvolvimento do estágio, 14% que prejudica a aprendizagem dos internos, 28% que não é possível um controle das atividades extracurriculares, 16% que, mesmo com controle rígido da frequência dos internos, estes continuam a frequentar as atividades, e 26% que estas atividades não interferem no internato.

Competências essenciais a serem desenvolvidas durante o internato

1. Competências gerais

Capacidade para realizar adequadamente a anamnese, de forma integral, o exame físico geral e específico, e formular hipóteses diagnósticas adequadas.

Solicitar e interpretar exames complementares de acordo com as hipóteses formuladas, considerando custo-benefício, tecnologias de saúde e evidências científicas.

Orientar o paciente e seus familiares e a equipe de saúde.

Fazer registros (prontuários, receitas e documentos) de modo completo, ético e legível.

Conhecer e utilizar de forma adequada o sistema de referência e contrarreferência, através de registros e relatórios bem elaborados, pautados na ética médica.

Prevenir, diagnosticar, tratar e reabilitar os agravos da saúde física e mental nas enfermidades mais prevalentes e relevantes, considerando o perfil sociodemográfico, epidemiológico e cultural, respeitando o princípio da integralidade no âmbito regional e nacional.

Manter educação permanente.

Promover boa relação médico paciente, respeitando e reconhecendo o ambiente sociocultural em que está inserido em sua singularidade.

Acolher o paciente e sua família com empatia, identificando suas necessidades.

Comunicar-se de modo efetivo com o paciente e sua família, discutindo diagnóstico, prognóstico e terapêutica, considerando os princípios da Bioética.

Comunicar adequadamente más notícias ao paciente e sua família.

Atuar adequadamente em situações de estresse no ambiente de trabalho (situações adversas, pacientes agressivos, violência, assédio moral).

Integrar-se com a equipe interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial.

Identificar o panorama sanitário, local, regional e nacional.

Identificar o território de sua atuação em seus aspectos ambientais, culturais e sociais.

Interpretar os indicadores de saúde e dados epidemiológicos.

Utilizar informações das ferramentas existentes (SIM, Sinam, Sinasc).

Realizar busca, análise crítica e planejamento de intervenções locais – regionais nas doenças mais prevalentes, seus fatores de risco e determinantes.

Realizar prevenção primária, secundária, terciária e quaternária.

Conhecer os processos de doação de órgãos.

Atender a pacientes com transtornos mentais.

Utilizar Tecnologias de Informação e Comunicação na área médica.

Discutir o exercício profissional e mercado de trabalho.

Promover e preservar a qualidade de vida do estudante.

Conhecer a organização do sistema de saúde com suas várias portas de entrada por meio do histórico das portarias e normas operacionais, para atingir o momento atual de desenvolvimento e as necessidades futuras para consolidação do SUS.

Conhecer os recursos físicos, humanos e tecnológicos de seu local de atuação profissional, considerando a inserção do serviço no SUS, reconhecendo sua capacidade de cuidados definitivos, as necessidades e os serviços de referência para transferência dos pacientes e os meios de transporte disponíveis.

Conhecer e obedecer às normas médico-legais do exercício da profissão.

Conhecer os aspectos éticos e bioéticos, adotando-os em sua postura profissional.

2. Clínica Médica

Capacidade para realizar adequadamente:

Procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Construção de projeto terapêutico singular (PTS).

Atendimento ao paciente em situação de emergência – capacitação em suporte básico e avançado de vida.

Cuidados paliativos.

Atendimento ao paciente com doença crônica não transmissível.

OBS: Deverão ser determinadas pelo núcleo docente estruturante do curso, com base na peculiaridade dos agravos da saúde física e mental, as enfermidades mais prevalentes e relevantes do adulto e do idoso, considerando o perfil sociodemográfico, epidemiológico e cultural.

3. Saúde Coletiva • (individual, familiar – ambas gerais por ciclo de vida – e comunitária)

Capacidade para realizar adequadamente:

Planejamento de saúde do território de atuação (diagnóstico, plano de ação/intervenção e avaliação).

Realização prioritária da promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

Acolhimento na perspectiva da humanização na atenção integral à saúde.

Aplicação da vigilância em saúde.

Gestão do cuidado, com ênfase nos programas prioritários do governo com gerenciamento de risco.

Gestão da Unidade.

Participação social (conselhos municipais e locais) e incentivo à criação e desenvolvimento destes conselhos.

Acompanhamento individual das doenças prevalentes na localidade, visualizando os programas existentes nos diferentes ciclos de vida.

Participação em atividade de educação popular em saúde, valorizando o saber da comunidade de forma crítica para a promoção e recuperação da saúde.

4. Clínica Cirúrgica

Capacidade para realizar adequadamente:

A) Competências gerais da área

1. Identificação e diagnóstico diferencial das patologias cirúrgicas mais prevalentes, suas histórias naturais, conhecimento das diferentes opções de tratamento e reconhecimento das indicações cirúrgicas.

2. Identificação e diagnóstico das principais urgências das diversas especialidades cirúrgicas.

B) Competências específicas da área

1. Conhecimento e aplicação de fundamentos básicos de técnica operatória:

Biossegurança.

Técnicas de assepsia/antisepsia.

Paramentação/instrumentação.

Princípios básicos de direse, hemostasia e síntese.

Noções gerais de técnicas de anestesia regional e geral.

Anestesia local.

2. Procedimentos a serem realizados:

Acesso venoso periférico (punções).

Sondagem gástrica, enteral e vesical.

Cuidado de feridas, desbridamentos e curativos.

Técnicas de suturas.

Drenagem superficial de abscessos e coleções.

Exérese de unha.

Cirurgias de superfície (incisional e excisional) e cauterizações.

Retirada de corpo estranho (exceto ocular).

Punção lombar.

Dispositivos de liberação de oxigênio.

Procedimentos de acesso à via aérea: intubação traqueal.

Tamponamento nasal anterior.

Imobilização de fraturas/luxações.

3. Procedimentos a serem, pelo menos, simulados:

Cricotireoidostomia.

Acesso venoso central e via intraóssea.

Tamponamento nasal posterior.

Toracocentese/paracentese/drenagem pleural.

4. Conhecimento e realização de cuidados pré/per/pós-operatórios:

Identificação e avaliação do risco cirúrgico.

Preparo do paciente cirúrgico.

Indicações e prescrição de dietas (oral e enteral).

Indicações e prescrição de reposição volêmica e correção de distúrbios eletrolíticos e acidobásicos.

Sedação superficial/moderada e analgesia.

Avaliação e indicações de imunizações.

Antibioticoprofilaxia/terapia.

Cuidados com estomas.

Identificação de complicações pós-operatórias imediatas e tardias.

Identificação precoce de choque circulatório, as diversas etiologias e tratamento inicial.

Identificação de risco, profilaxia e diagnóstico de tromboembolia venosa.

Indicações e procedimentos iniciais de suporte ventilatório não invasivo e invasivo.

Atendimento inicial aos pacientes traumatizados nos ambientes pré e intra-hospitalar.

Identificação e conduta inicial em situações suspeitas de maus-tratos.

Atendimento inicial dos pacientes queimados.

5. Conhecimentos sobre gestão clínica em cirurgia:

Princípios de triagem do paciente traumatizado.

Controle do fluxo de pacientes, gerenciamento dos leitos e vaga zero.

Princípios de medicina de catástrofe.

Princípios de segurança do paciente cirúrgico.

Critérios de agendamento cirúrgico.

Termo de consentimento informado para a realização dos procedimentos.

5. Ginecologia e Obstetrícia • Capacidade para realizar adequadamente:

Identificação e realização do cuidado inicial de transtornos mais prevalentes da saúde mental da mulher e referenciar quando necessário: traumas referentes ao abuso em qualquer faixa etária da mulher, distúrbios da saúde mental relacionados a puberdade, gestação, puerpério, climatério.

Desenvolvimento de ações em saúde da adolescente.

Prevenção de gravidez na adolescência.

Manuseio adequado de métodos contraceptivos comportamentais, hormonais e não hormonais, reversíveis e irreversíveis: vantagens e desvantagens, indicação e contraindicação, prescrição e acompanhamento.

Coleta e interpretação de exames complementares: testes de gravidez, exame de urina, exames a fresco do raspado ou swab vaginal, coleta de swab anal para pesquisa de estreptococo.

Violência sexual na mulher em todas as fases da vida: acolhimento, atendimento, profilaxia de gravidez e DST, procedimentos legais pertinentes e referência para a rede de cuidados.

Atendimento a pacientes com transtornos mentais.

Reconhecimento das alterações do desenvolvimento puberal, desvios do crescimento, desenvolvimento sexual e do padrão menstrual.

Identificação dos aspectos de normalidade da saúde da mulher, caracterização do ciclo menstrual, libido, fertilidade, climatério.

Semiologia ginecológica e propedêutica da avaliação da saúde da mulher: exame das mamas, inspeção, toque vaginal e bimanual, exame especular, avaliação de secreção vaginal, coleta de Papanicolau e exame da mulher virgem.

Prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças ginecológicas mais prevalentes: corrimento vaginal, DST, DIP e dor pélvica crônica.

Diagnóstico e tratamento: distúrbios menstruais, sangramentos genitais, queixas mamárias, infertilidade, dor pélvica, referenciando quando necessário.

Prevenção primária e secundária das doenças crônico degenerativas relativas à mulher.

Prevenção primária e secundária das neoplasias mais prevalentes (mama e colo de útero): autoexame de mamas, indicação e avaliação crítica de mamografia, ultrassonografia mamária, ultrassonografia ginecológica e de citologia oncológica, bem como encaminhamentos necessários.

Orientação do planejamento familiar: concepção e contracepção.

Identificação dos aspectos de normalidade do ciclo gravídico puerperal.

Semiologia obstétrica nas diversas fases da gestação, no pré-parto, parto e puerpério.

Identificação dos fatores de risco para gestante (biológicos, sociais, psicológicos, físicos e químicos). Realização de pré natal de baixo risco e encaminhamento quando necessário.

Manuseio de medicamentos na gestação e lactação, considerando os potenciais efeitos teratogênicos, passagem transplacentária e para lactação.

Diagnóstico e tratamento das doenças mais prevalentes na gestação.

Diagnóstico e conduta inicial das patologias de alto risco para o binômio mãe/feto (patologias maternas, fetais e anexiais) e encaminhando se necessário.

Assistência adequada ao trabalho de parto, parto normal e puerpério de baixo risco.

Identificação, orientação e manejo inicial dos sinais e sintomas mais comuns do climatério (vasomotores, sangramentos pós-menopausa, uroginecológicos, psicológicos e sexuais).

Urgências e emergências.

Diagnóstico e conduta inicial nas seguintes Urgências e Emergências:

Sangramentos da gravidez.

Trauma, sepse, reanimação cardiopulmonar, fenômenos tromboembólicos, abortamento e choque.

Emergências hipertensivas da gravidez.

Abdome agudo gineco-obstétrico.

Dor pélvica aguda.

Metrorragia.

Amniorrexe prematura.

Trabalho de parto prematuro.

Retenção placentária.

6. Pediatria

Capacidade para realizar adequadamente:

Avaliação das diversas etapas de desenvolvimento: RN, lactente, pré-escolar, escolar e adolescente, inclusive orientações no pré-natal.

Ações de promoção de saúde e prevenção de doenças nas diferentes etapas do crescimento: aleitamento e alimentação; cuidados socioambientais e de higiene; prevenção de acidentes; vacinação, prática de exercícios físicos; conhecimento e respeito ao estatuto da criança e do adolescente.

Anamnese e exame físico considerando as peculiaridades de cada faixa etária e a comunicação com o cuidador: dados antropométricos; desenvolvimento neuropsicomotor.

Identificação dos sinais e sintomas e alterações do exame físico das principais doenças por faixa etária.

Indicação e técnica dos seguintes procedimentos: cricotireostomia, punção intraóssea, toracocentese, drenagem torácica, sondagem enteral, paracentese, punção lombar, redução de parafimose.

Procedimentos: acesso venoso periférico, intubação orotraqueal, sondagem gástrica, sondagem vesical, anestesia local, sutura, drenagem de abscessos superficiais, administração de medicamentos, tratamento de feridas e curativos.

Identificação dos recursos diagnósticos e terapêuticos em seu local de atuação, reconhecendo a necessidade de encaminhar, utilizando o sistema de referência e contrarreferência.

Diagnóstico e tratamento básico das doenças prevalentes da infância nas respectivas regiões do País, nas diferentes faixas etárias, referenciando quando necessário.

Indicação e interpretação dos exames complementares essenciais para cada caso.

Promoção da saúde mental com ênfase na avaliação da estrutura e dinâmica familiar.

Utilização racional de medicamentos.

Atendimento inicial das urgências e emergências traumáticas e não traumáticas em Pediatria.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

1. Orientar a gestante sobre...

Cuidados gerais com o recém-nato (cuidados de higiene, cuidados com acidentes, cuidados com o coto umbilical, vacinação) e riscos com drogas, doenças infecciosas e medicamentos.

Aleitamento materno.

2. Cuidados com o recém-nascido

Assistência ao recém-nascido na sala de parto.

Treinamento da prática da técnica de reanimação neonatal, estabilização e transporte.

Estar apto a realizar atendimento de puericultura.

Diagnóstico e tratamento da icterícia neonatal, distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos.

DIRETRIZES NACIONAIS DA ABEM PARA O INTERNATO MÉDICO

• A Coordenação do Projeto Internato da Abem, juntamente com as escolas médicas presentes às reuniões "Construindo Diretrizes Nacionais para o Internato", organizou as Diretrizes para o Estágio Curricular Obrigatório do Curso Médico - Internato.

Capítulo I - Conceito

Art. 1º • O conceito de Estágio Curricular Obrigatório no curso médico está definido no Artigo 7º das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2001 e revisado no artigo 24 da Proposta da Comissão da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CNE) de abril de 2014.

Art. 2º • O docente da Escola/Faculdade responsável por uma área de conhecimento será designado Professor Orientador (Lei 11.788, de 25.09.08), e suas funções são:

1. Acompanhar e avaliar as atividades dos internos;

2. Construir com o apoio de seu setor o programa de cada estágio e zelar pelo cumprimento integral deste programa;
3. Implantar mecanismos de controle de presença dos internos, preceptores e supervisores do estágio e
4. Coordenar as atividades do interno no decorrer do estágio e realizar a avaliação do interno e do estágio.

Art. 3º • O profissional do serviço responsável pelo acompanhamento diário das atividades do estudante (interno) será designado como Preceptor de Ensino (Lei 11.788, de 25/09/08).

§ 1º O preceptor deverá ter formação ou experiência profissional na área de conhecimento desenvolvida na área do estágio, para orientar até cinco (cinco) internos simultaneamente;

§ 2º Cada área de estágio deverá ter um preceptor representante com assento na Comissão de Internato;

§ 3º Cada preceptor tem direito a um certificado de preceptor de ensino anual/semestral;

Art. 4º. O docente ou o profissional do serviço responsável por uma grande área do estágio curricular obrigatório será designado como Supervisor de Área.

§ Único: Poderá o Professor Orientador desempenhar também a função de Preceptor e/ou Supervisor de área, devendo a Comissão de Internato indicar o/os responsável/eis pela avaliação do processo de ensino-aprendizagem da área de estágio.

Art. 5º • O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, podendo ser organizadas por grandes áreas, ciclos de vida ou níveis de atenção e devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas

atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio.

Capítulo II – Objetivos do Estágio Curricular Obrigatório do Curso Médico – Internato

Art. 6º • O Estágio Curricular Obrigatório do Curso de Medicina visa 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.

Capítulo III – Estruturação do Internato

Seção 1 – Da organização pedagógica para o ensino baseado em serviço

Art. 7º • O internato será organizado pedagogicamente na aprendizagem centrada na pessoa (usuário, paciente), considerando sua cultura, com enfoque na trilogia aprendiz-usuário-preceptor.

Art. 8º • As atividades devem conter oportunidades de desenvolver habilidades de comunicação, raciocínio clínico, custo/benefício de exames e tratamentos, aprendizagem interprofissional com trabalho em equipe multiprofissional, utilizando métodos ativos de aprendizagem, com ativação de conhecimentos prévios e elaboração de novos, incluindo programação teórica a partir dos casos clínicos, discussão crítica de Artigos e Diretrizes, com enfoque na autoaprendizagem e crescente autonomia.

Art. 9º • Para a concretização dos objetivos definidos nestas Diretrizes, é essencial que cada escola tenha seu Regimento do Internato, onde estejam descritos os objetivos, cenários utilizados, descrição dos planos de ensino/programas de cada estágio e os critérios bem definidos de aprovação e reprovação do internato.

§ 1º • Em várias IES o internato constitui uma disciplina especial, onde podem ser incluídos critérios diferenciados de presença e avaliação;

§ 2º • Os Planos de Ensino / Programas de Estágio devem incluir a descrição dos objetivos educacionais nas três dimensões (cognitiva, habilidades e atitudes), as atividades propostas e os respectivos responsáveis, métodos de avaliação e bibliografia, com tempo suficiente para a reflexão sobre aprendizagem, dentro de uma estrutura curricular com aumento gradual nas responsabilidades, autonomia dos internos e complexidade das tarefas.

Art. 10º • Do acompanhamento docente:

§ 1º • Os internos deverão sempre ser supervisionados ou diretamente por docente da instituição de ensino ou por preceptores dos serviços com supervisão docente;

§ 2º • Aos docentes e preceptores dos serviços deverá ser oferecido programa de desenvolvimento docente com as bases da Educação Médica, incluindo metodologias de ensino e de avaliação;

§ 3º • Deverá haver programa de educação permanente para docentes e preceptores dos serviços;

§ 4º • Em casos de utilização de residentes no processo de ensino-aprendizagem dos internos, os mesmos deverão também ser capacitados e submetidos à educação permanente.

Seção 2 - Da carga horária

Art. 11º • A carga horária total mínima será equivalente a 35% da carga horária total do curso, de acordo com as DCN e com a RESOLUÇÃO CNE/CES nº 2, de 18 de junho de 2007.

Seção 3 - Das competências do interno (consolidadas nas duas oficinas nacionais)

Art. 12º • As competências essenciais a serem desenvolvidas durante o internato estão descritas no item Resultados, deste capítulo.

Art. 13º • Deve-se considerar a matriz de correspondência curricular para fins de revalidação de diplomas de médico obtidos no exterior (Portaria Interministerial 444 de 15 de maio de 2009) como matriz de conteúdos para o trabalho das competências do internato.

Seção 4 – Dos Cenários de Ensino-Aprendizagem

Art. 14º • São definidos os Cenários de Ensino- Aprendizagem como sendo o espaço real de trabalho, dinâmico, de relações e de responsabilização entre os diversos sujeitos do processo de aprendizagem e de assistência. Neste sentido, os internos contribuem para a transformação das práticas de saúde. Deve ser visto como um espaço de construção política e social de cidadania. Assim os internos são percebidos pelos profissionais de saúde e pela comunidade como colaboradores, e não como meros espectadores.

Art. 15º • Deve-se priorizar a segurança do paciente seguindo os princípios do PRO-ADESS 20 – Projeto Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (2004): acesso, aceitabilidade, respeito ao direito das pessoas, continuidade, adequação, segurança, efetividade, eficiência e equidade.

Art. 16º • Os internos devem ter acesso a laboratórios de simulação para treinamento das habilidades específicas, definidas no item Resultados, deste capítulo, possibilitando que a utilização de manequins e pacientes simulados venha sempre antes da prática com pessoas.

§ 1º • Sugere-se fortemente que sejam disponibilizados aos internos treinamentos como ATLS (Suporte Avançado de Vida no Trauma), ACLS (Suporte Avançado de Vida em Cardiologia) e PALS (Suporte Avançado de Vida em Pediatria);

§2º • Os laboratórios de simulação devem ser também locus de avaliação de habilidades.

Art. 17º • Dos Níveis de Atenção à Saúde:

§ 1º • Deverão ser utilizados todos os níveis de atenção, com enfoque nos níveis primário, secundário e de urgência/emergência;

§ 2º • Os cenários devem ser previamente avaliados pela Escola/Faculdade para evitar utilização de cenários desestruturados;

§ 3º • Deverão ser programados cenários integrados a outros cursos da área da saúde, favorecendo a aprendizagem interprofissional e o desenvolvimento de trabalho em equipe multiprofissional;

§ 4º • Os cenários devem oferecer condições para o desenvolvimento das competências esperadas;

Art. 18º • Devem ser mantidas no máximo as seguintes relações entre interno, pacientes e preceptores por cenário de ensino-aprendizagem:

1. 2 alunos/paciente ambulatorial/docente ou preceptor;
2. 2 a 4 alunos/equipe de PSF;
3. 2 alunos/paciente/docente ou preceptor/emergência/urgência;
4. Em enfermaria: no mínimo 5 leitos por estudante, mantendo a relação de no máximo 10 internos por preceptor/supervisor em nível secundário e terciário.

Art. 19º • Nos estágios obrigatórios na área de saúde, quando figurar como concedente do estágio órgão do Poder Público, poderão ser firmados termos de compromisso sucessivos, extrapolando o limite fixado no artigo 11º da Lei 11.788 – Lei de Estágio, nunca ultrapassada a duração do curso.

§ Único • Os termos de compromisso e respectivos planos de estágio tratados no caput deste artigo devem ser alterados ao final de cada período de 2 (dois) anos, se adequando à evolução acadêmica do estudante.

Art. 20º • Os internos deverão ser estimulados a participar dos programas e linhas de cuidado do Ministério da Saúde (ex. diabetes, hipertensão, rede cegonha, etc.).

Art. 21º • O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar que no máximo 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida

para o internato sejam realizados em treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.

Seção 5 - Da avaliação de desempenho do interno pelo Serviço e pela Escola

Art. 22º • O Sistema de Avaliação do Interno tem como objetivo a melhoria contínua do interno, do internato e do curso, sendo um instrumento de estímulo para a aprendizagem e coerente com as competências descritas no Projeto Pedagógico do Curso e a Matriz de Competências do Internato da ABEM. Outras características da avaliação do interno são:

1. Ser descrito em termos objetivos e claros e estar disponível ao estudante desde o início do internato;
2. Estar integrado ao Projeto Pedagógico do Curso e à avaliação do internato, dos estágios e dos docentes;
3. Deve contar com forte apoio da coordenação do curso e da IES para sua implementação e sustentação.

Art. 23º • O Sistema de avaliação deve ocorrer de forma coerente com o Regimento do Internato, Planos de Ensino/Programas de estágio, modelo pedagógico e com a multiplicidade de cenários, além de englobar os domínios cognitivos, habilidades e atitudes, sendo recomendada a utilização de múltiplos métodos.

§ Único • Os métodos deverão incluir pelo menos uma avaliação teórica e prática em ambientes reais e/ou simulados, sendo sugerida a utilização de ficha estruturada de atitudes do interno (com foto), portfólio, desempenho nas discussões nos cenários de práticas e ou simulados, MiniCex, OSCE e outros.

Art. 24º • O Sistema de avaliação tem caráter formativo e somativo, sendo o *feedback* um componente obrigatório.

§ 1º • O *feedback* deve ser sistematizado e com registro da ciência do estudante;

§ 2º • Deve ser realizado obrigatoriamente após cada avaliação e, no mínimo, mais um *feedback* de desempenho geral decorridos 50% do estágio, permitindo melhora do seu desempenho acadêmico e favorecendo a metacognição*;

§ 3º • É importante que haja capacitação do docente e dos preceptores em *feedback*.

* METACOGNIÇÃO: Processo pelo qual se é capaz de exercer controle, auto-regulação durante a tarefa, permitindo ao sujeito tomar consciência do desenrolar da sua própria atividade¹³, tomada de consciência dos processos e das competências necessária para realização da tarefa¹⁴.

Art. 25º • A frequência exigida durante o estágio é de 100% (PARECER Nº CNE/CES 1.133/2001; Lei 9.293 – Lei das Diretrizes e Bases e Lei 11.788 de 2008).

Art. 26º • Podem ser incluídos no Regimento do Internato critérios de reprovação automática, como, por exemplo, falta repetida a plantões ou faltas éticas graves.

§ Único • Recuperação: O estudante que não alcançar os critérios de aprovação deverá repetir o estágio, com carga horária integral.

Art. 27º • O Sistema de Avaliação do Interno implica a existência de um Programa de Educação Continuada para o Docente e para o Preceptor que inclua os processos pedagógicos de ensino-aprendizagem e avaliação, e de mecanismos de valorização desta atividade (exemplos: valorização da progressão de carreira, avaliação interna institucional).

Capítulo IV – Coordenação do Internato

Art. 28º • Toda escola médica deverá constituir formalmente uma Comissão de Internato que estará representada no Colegiado do Curso, composta por:

1. Coordenador do curso;
2. Coordenador Geral do Internato, eleito por e entre os membros da Comissão do Internato;
3. Representante do Núcleo Docente Estruturante do Curso;

4. Representação do Centro de Estudo do Hospital de Ensino Próprio e/ou conveniado;
5. Professores Orientadores de cada área do internato;
6. Dois internos, um do primeiro e outro do segundo ano do internato;
7. Representante do centro ou diretório acadêmico;
8. Um membro do Núcleo Psicopedagógico.

Art. 29º • Compete à Comissão do Internato:

1. Zelar pela qualidade do Estágio Curricular Obrigatório - internato;
2. Promover a integração horizontal e vertical do internato (entre os quatro primeiros anos do curso, entre as diversas áreas do estágio e entre os diversos cenários de prática);
3. Propiciar e garantir a construção coletiva dos programas do internato e sua divulgação para toda a comunidade acadêmica, antes do início do mesmo;
4. Aprovar o Regimento do Interno, antes de este ser levado ao Colegiado do Curso;
5. Acompanhar/avaliar o processo de desenvolvimento do internato;
6. Devolver o resultado da avaliação do processo e promover discussões visando às correções de rumo.

Art. 30º • Compete ao Coordenador Geral de Estágio/Internato:

1. Elaborar o Regulamento de Estágio;
2. Propor ao colegiado do curso o sistema de organização e desenvolvimento dos estágios;
3. Convocar mensalmente a Reunião Ordinária da Comissão do Internato, para discutir questões relativas ao planejamento, organização, funcionamento, avaliação e controle das atividades de estágio e análise de critérios, métodos e instrumentos necessários ao seu desenvolvimento;
4. Organizar a cada período de estágio os campos e os grupos de internos e distribuí-los entre os supervisores/preceptores de acordo com os campos existentes.

Capítulo V – da Avaliação do Internato

Art. 31º • O Sistema de Avaliação do internato tem como objetivo identificar as potencialidades e fragilidades dos estágios, buscando o aperfeiçoamento contínuo do processo de formação e qualificação profissional do médico.

Art. 32º • O Sistema de Avaliação do Internato deve ser criado e mantido pela Comissão de Internato, apoiado pela Coordenação do curso e NDE, envolvendo preferencialmente professores, supervisores/preceptores/profissionais do serviço, internos, funcionários técnico-administrativos e gestores de saúde envolvidos nas atividades do internato e deve incluir as seguintes dimensões de cada estágio:

1. Estrutura dos cenários de prática;
2. Qualidade da supervisão e condições de ensino-aprendizado;
3. Respeito à legislação vigente;
4. Respeito ao programa predefinido (objetivos, atividades, supervisão e avaliação);
5. Fortalezas e fragilidades.

§ 1º • O instrumento de avaliação dos estágios a ser preenchido pelos internos deve garantir a segurança e sigilo de modo a permitir imparcialidade na análise do processo;

§ 2º • A Comissão de Internato deve divulgar os resultados pelo menos uma vez ao ano, além de ser também responsável, junto com o Colegiado de Curso, pela análise destes resultados e adoção de estratégias que possam superar eventuais limites e ampliar a qualidade destes estágios.

Capítulo VI – das Disposições Gerais

Art. 33º • Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão do Internato.

CONSIDERAÇÕES FINAIS • Na última oficina realizada em São Paulo, foram discutidas as diretrizes de gestão do internato frente às novas DCN de 2014, incluindo avaliação das escolas e dos estudantes. Foi também discutido

como implementar nas escolas tanto as diretrizes quanto as competências e foram sugeridos:

- Ampla divulgação pela Abem para todas as escolas e associados via e-mail, no site da Abem e também de publicação impressa; solicitação de divulgação para todas as associações relacionadas à prática médica e também na mídia em geral;
- Sensibilização nas oficinas regionais da Abem, discussões nas escolas nas esferas administrativas, com os docentes e estudantes, além de apresentação das competências às instituições elaboradoras de avaliações dos cursos e de seleção para a residência a fim de serem utilizadas como base para as questões;
- Para facilitar a implantação das competências e diretrizes de gestão, foram sugeridos: tentativa junto ao Sesu de inserção destas como aditivo às novas DCN, revisão dos projetos pedagógicos dos cursos para adequação às mesmas, adequação dos cenários de prática, utilização da matriz de competências como base para as provas de residência e do Inep, capacitação de docentes e estudantes, inserção nos manuais de internato, utilização das competências como base para avaliação dos estudantes;
- O acompanhamento deverá ser feito por meio de educação permanente para preceptores docentes ou não e estudantes, avaliação periódica da implantação pelos gestores e NDEs, criação de núcleos regionais da Abem para discussão da implementação, com divulgação dos resultados nos encontros regionais. Estes núcleos foram criados no final da reunião.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Federal de Educação. Parecer 506/69. Currículo mínimo dos Cursos de Graduação em Medicina. Documenta; jul. 1969;(103): 95-103.
2. Brasil. Conselho Federal de Educação. Resolução nº 8 de 8 de outubro de 1969. In:

- Araújo LS, org. Legislação do ensino superior; índice remissivo e jurisprudência. Rio de Janeiro, Renes, 1973. p. 54-6.
3. Pontes JPL. Internato. In: Congresso Brasileiro de Educação Médica; 19. Recife, 15 a 18 de novembro de 1981.
 4. Associação Brasileira de Educação Médica. O internato nas escolas médicas brasileiras. Rio de Janeiro: ABEM; 1982.
 5. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Federal de Educação. Resolução nº. 9, de 24 de maio de 1983. Regulamenta o internato dos cursos de medicina. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 mai. 1983.
 6. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Manual do Internato. Brasília: MEC; 1984.
 7. Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina. Resolução nº 4 CNE/CES, de 7 de novembro de 2001. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 nov. 2001.
 8. Streit DS, Maciel DT, Zanolli MB. Contribuição para a formação de médicos de acordo com as necessidades da sociedade. Cadernos ABEM; 2009;5.
 9. Brasil. Lei 12.871/2013, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº8.745, de 9 dez. de 1993, e nº6.932, de 7 jul. de 1981. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 out. 2013.
 10. Brasil. Novas Diretrizes Curriculares para o Curso de Medicina. [aguardando publicação no D.O.U].
 11. Brasil. Lei nº 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. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 set. de 2008.
 12. Moerche AM, Eika B. What are the clinical skills levels of newly graduated physicians? Self-assessment study of an intended curriculum identified by a Delphi process. Medical Education 2002;36:472-478
 13. Davis C, Nunes MMR, Nunes CAA. Metacognição e processo escolar: articulando teoria e prática. Cad de pesquisa. 2005; 35(125):205-30.
 14. Ribeiro C. Metacognição: um apoio ao processo de aprendizagem. Psicol Reflex. Crit. 2003;16(1):109-116.