

**UNIVERSIDADE PROFESSOR EDSON ANTÔNIO VELANO
CAMILLA JOVITA SOUZA SANTOS FERNANDES**

**ESTUDO SOBRE A PERCEPÇÃO DA FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DO EGRESSO
MÉDICO NO TRATAMENTO DE PACIENTES DE COVID -19 NO CONTEXTO
DA PANDEMIA**

**Belo Horizonte
2023**

CAMILLA JOVITA SOUZA SANTOS FERNANDES

**ESTUDO SOBRE A PERCEPÇÃO DA FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DO EGRESSO
MÉDICO NO TRATAMENTO DE PACIENTES DE COVID -19 NO CONTEXTO
DA PANDEMIA**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade José do Rosário Vellano para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Karen Cecília de Lima Torres
Coorientadora: Profa. Dra. Camila do Carmo Said

**Belo Horizonte
2023**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Unifenas BH Itapoã

Fernandes, Camila Jovita Souza Santos

Estudo sobre a percepção da formação e atuação do egresso médico no tratamento de pacientes de COVID -19 no contexto da pandemia.

[Manuscrito] / Camila Jovita Souza Santos Fernandes. – Belo Horizonte, 2023.

119 f.

Orientadora: Karen Cecília de Lima Torres.

Coorientadora: Camila do Carmo Said.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Professor Edson Antônio Velano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, 2023.

1. COVID-19, Pandemia de, 2020. 2. Aprendizagem baseada em problemas 3. Currículos - Avaliação. I. Fernandes, Camila Jovita Souza Santos. II. Torres, Karen Cecília de Lima. III. Said, Camila do Carmo. IV. Universidade Professor Edson Antônio Velano. V. Título.

CDU: 61:378

Bibliotecária responsável: Gisele da Silva Rodrigues CRB6 - 2404



Reitora

Profª Maria do Rosário Araújo Velano

Pró-Reitora Administrativo-Financeira

Dra. Larissa Araújo Velano

Vice-Reitora e Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento

Dra. Viviane Araújo Velano Cassis

Pró-Reitor Acadêmico

Prof. Dr. Dannel Ferreira Coelho

Diretora de Pesquisa e Pós-Graduação

Profª Dra. Laura Helena Órfão

Supervisora do Câmpus de Belo Horizonte:

Profª Dra. Maria Cristina Costa Resck

Coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde

Prof. Dr. Aloisio Cardoso Junior

Certificado de Aprovação

ESTUDO SOBRE A PERCEPÇÃO DA FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DO EGRESSO MÉDICO NO TRATAMENTO DE PACIENTES DE COVID -19 NO CONTEXTO DA PANDEMIA

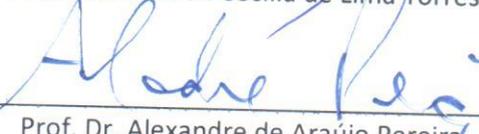
AUTOR: Camilla Jovita Souza Santos Fernandes

ORIENTADOR: Profa. Dra. Karen Cecília de Lima Torres

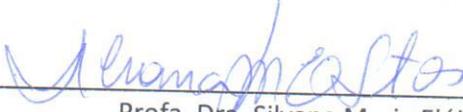
Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre, no Programa de Pós-graduação Profissional de Mestrado em Ensino em Saúde pela Comissão Examinadora.



Profa. Dra. Karen Cecília de Lima Torres

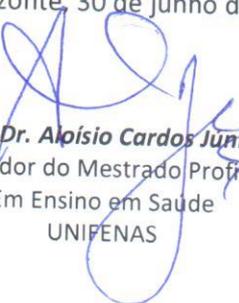


Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira



Profa. Dra. Silvana Maria Elói Santos

Belo Horizonte, 30 de junho de 2023.



Prof. Dr. Aloísio Cardoso Júnior
Coordenador do Mestrado Profissional
Em Ensino em Saúde
UNIFENAS

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pelo dom da vida, por me fortalecer a cada amanhecer, por não me deixar desistir e pelas oportunidades a mim concedidas ao longo da minha trajetória de vida. Agradeço ao meu amado esposo e parceiro de vida, Janderson, pelo apoio incondicional, por me incentivar e por ser meu porto seguro. Agradeço à razão da minha existência, meu filho Gael, que foi concebido e nasceu durante este projeto, por me proporcionar tantas alegrias e aprendizados e por me fazer querer ser uma pessoa melhor a cada dia. Agradeço a todos os professores do Mestrado, em especial às minhas orientadoras Karen e Camila, profissionais exemplares, pelos ensinamentos, cordialidade, disponibilidade, carinho e por me fazerem acreditar na viabilidade deste estudo e por despertarem em mim o amor pela pesquisa. À nossa querida aluna da iniciação científica, Mariana, pela dedicação, esforço e maturidade no desenvolvimento do projeto. Aos meus pais, Sônia e Gilberto, pela educação a mim proporcionada e por me transmitirem os maiores valores que um ser humano pode levar consigo: honestidade, respeito, dignidade e empatia. Aos meus queridos cunhados Carla e Israel e à minha fiel amiga Neide, por me auxiliarem na resolução de questões técnicas e operacionais.

À todos vocês os meus sinceros agradecimentos.

“Mesmo que já tenha feito uma longa caminhada, sempre haverá mais um caminho a percorrer.”

Santo Agostinho

RESUMO

Introdução: A pandemia de Covid-19 enfatizou a deficiência em relação ao ensino prático dos estudantes devido à redução das aulas práticas clínicas. A abordagem do paciente foi uma tarefa árdua e levou ao comprometimento da saúde mental desses profissionais. Muitos egressos (ou recém formados) tiveram suas formaturas antecipadas para atuarem na linha de frente da Covid-19, o que pode ter desencadeado dificuldades adicionais. **Objetivo:** analisar a percepção do egresso médico e do médico experiente sobre a atuação do egresso médico no cenário da pandemia frente a pacientes com Covid-19. **Materiais e Métodos:** estudo com abordagem qualitativa do tipo descritiva e exploratória que utilizou como técnica de coleta de dados o preenchimento de um formulário on-line com um roteiro de perguntas padronizadas, com questões abertas e fechadas, de forma individual. Foram selecionados 24 egressos médicos que concluíram o curso de medicina a partir do segundo semestre de 2019 até o primeiro semestre de 2021 e atuaram na linha de frente no atendimento a pacientes com Covid-19 e 6 médicos mais experientes que também prestaram atendimento a pacientes com Covid-19 e auxiliaram egressos médicos no atendimento a pacientes com esse diagnóstico. Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo para a análise dos dados. **Resultados:** a maioria dos egressos consideraram satisfatória a sua atuação no atendimento a pacientes com Covid-19, estando melhor preparados para lidarem com casos leves e moderados. Os médicos experientes apontaram aspectos positivos na atuação dos egressos, porém, observaram que eles apresentaram muitas dificuldades em lidar com pacientes graves. Medo, ansiedade e insegurança dividiram espaço com sentimentos positivos como empatia e satisfação, sendo citados por muitos egressos ao atuarem no cenário pandêmico. **Conclusão:** a maioria dos egressos avaliou positivamente sua atuação durante a pandemia, sendo esta também a percepção por parte dos médicos experientes. A experiência dos egressos nesse contexto representou um misto de sentimentos positivos e negativos. Infere-se que a pandemia de Covid-19 acentuou as deficiências relativas às habilidades práticas de abordagem e manejo adequado de pacientes graves do ensino médico.

Palavras-chave: Pandemia de Covid-19; Avaliação Curricular das Faculdades de Medicina; Aprendizagem Prática; Aprendizagem Baseada em Problemas.

ABSTRACT

Introduction: The Covid-19 pandemic enhanced the deficit regarding practice teaching of the students with a large decrease in the clinical practices classes. The approach to the patient was an arduous task and led to commitment of mental health of these professionals. Many graduates (or recent graduates) had their graduations early and needed to work on the Covid-19 front line, which may have triggered additional difficulties. **Objective:** to analyze the self-perception of medical graduates and the perspective of experienced physicians on the role of newly graduated physicians in the context of the pandemic in the face of clinical cases of patients with Covid-19. **Materials and Methods:** study with a qualitative approach of the descriptive and exploratory type that is used as techniques to collect data, the fill of an on-line guide with standardized questions opened and closed of individual way. Were selected 24 medical graduates who completed the medical course from the second half of 2019 to the first half of 2021 and worked on the front line in the care of patients with Covid-19 and 6 doctors more experienced who also worked on the front line in the care of patients with Covid-19 and assisted medical graduates in the care of patients with this diagnosis. The content analysis technique was used for data analysis. **Results:** most medical graduates considered their performance in caring for patients with Covid-19 satisfactory, being better prepared to deal with mild and moderate cases. Doctors reported positive points in relation to the performance of graduates, however, they observed that newly graduated physicians demonstrated many difficulties in dealing with serious patients. Fear, anxiety and insecurity divided space with positive feelings such as empathy and satisfaction, being highlighted by many graduates when working in a pandemic scenario. **Conclusion:** the most part of newly graduated physicians evaluated positively their actuation during the pandemic, being this the same perception by experienced physicians. The graduated physicians' experience in this context meant a mix of positives and negatives feelings. By the results obtained, it's possible that medical learning has gaps, mainly in the context of the practice's abilities to adequate approach and management of critical patients.

Keywords: Covid-19 pandemic; Curriculum Evaluation of Faculties of Medicine; Practical Learning; Problem Based Learning

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1 – Desenvolvimento da análise de conteúdo	34
Gráfico 1 – Frequência com que o egresso necessitou de auxílio do médico experiente	45
Gráfico 2 – Frequência com que o egresso recebeu auxílio do médico mais experiente	46
Gráfico 3 – Principais situações enfrentadas pelos egressos que demandaram o auxílio do médico experiente	48
Gráfico 4 – Área de maior dificuldade do egresso no atendimento ao paciente com Covid-19 na visão do médico experiente	50
Gráfico 5 – Autoavaliação do egresso na linha de frente na pandemia	56
Gráfico 6 – Atuação dos médicos egressos e experientes na pandemia	60
Gráfico 7 – Carga horária semanal dos egressos no atendimento da Covid-19	60
Gráfico 8 - Número de emprego dos egressos na Pandemia de Covid-19	61
Gráfico 9 – Comparação entre os períodos de atuação dos médicos egressos e experientes na pandemia	62
Gráfico 10 – Autopercepção dos egressos sobre a preparação teórico-prática na graduação para atuação médica durante a pandemia	72
Gráfico 11 – Opinião dos médicos experientes sobre a existência de lacunas no ensino médico	78
Gráfico 12 – Número de egressos inscritos e não inscritos para o programa “Brasil Conta Comigo”	82

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos médicos egressos	48
Quadro 1 - Locais de atuação dos egressos	49
Tabela 2 - Perfil sociodemográfico dos médicos experientes	51
Quadro 2 - Locais de atuação dos médicos experientes	52
Quadro 3 - Categorização da análise de conteúdo	52
Tabela 3 - Frequência com que os egressos necessitaram do auxílio do médico experiente em relação ao nível de gravidade dos pacientes atendidos pelos egressos	55
Quadro 4 - Competências necessárias para a formação do médico generalista	63
Quadro 5 - Autoavaliação dos Egressos na Pandemia	68
Quadro 6 - Situações de desempenho com competência por parte dos egressos sob a visão do médico experiente.	69
Tabela 4 - Perfil epidemiológico da Covid-19 no Brasil	74
Quadro 7 - Cursos Extracurriculares realizados pelos egressos.	81
Tabela 5 – Análise do impacto das atividades extracurriculares e desempenho dos egressos	82
Quadro 8 - Visão dos egressos sobre as deficiências acadêmicas e as mudanças curriculares sugeridas	85
Quadro 9 - Lacunas presentes no ensino médico na visão dos médicos experientes	90
Quadro 10 - “Razões para não adesão dos egressos no Programa Brasil Conta Comigo”	94

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica

ACLS - Advanced Cardiac Life Support

ALSO - Advanced Life Support in Obstetrics

AMB - Associação Médica Brasileira

APS - Atenção Primária à Saúde

ATLS - Advanced Trauma Life Support

AVA - Ambientes Virtuais de Aprendizagem

BAI - Inventário de Beck para Ansiedade

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

Cinaem - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico

CPF – Cadastro de Pessoa Física

CRM – Conselho Federal de Medicina

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina

EAD - Ensino à Distância

ECS - Estágio Curricular Supervisionado

EPI - Equipamentos de Proteção Individual

ERE - Ensino Remoto Emergencial

FCMMG - Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

IOT - Intubação Orotraqueal

MEC – Ministério da Educação

MIS – Ministério da Saúde

MP – Medida Provisória

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan Americana de Saúde

PALS - Pediatric Advanced Life Support

PCR - Parada Cardiorrespiratória

PHTLS - Pré Hospital Trauma Life Support

PPC - Projeto Pedagógico do Curso

SRAG - Síndrome Respiratória Aguda Grave

SUS - Sistema Único de Saúde

UI - Universidade de Itaúna

UFBA - Universidade Federal da Bahia

UFJF - Universidade Federal de Juiz de Fora

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

UTI - Unidades de Terapia Intensiva

UVV - Universidade de Vila Velha

VM - Ventilador Mecânico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 História da Educação Médica.....	13
2.2 Marcos teóricos da educação médica no Brasil.....	13
2.2.1 A Criação dos Cursos Médicos.....	13
2.2.2 A Reforma de Flexner (o Modelo ou Paradigma “Flexneriano”).....	14
2.2.3 Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)	16
3 DESAFIOS DA FORMAÇÃO MÉDICA: PANDEMIA DE COVID- 19.....	21
3.1 Graduação médica durante a pandemia.....	23
3.1 Ensino Remoto Emergencial.....	28
4 JUSTIFICATIVA.....	32
5 OBJETIVOS.....	33
5.1 Objetivo geral.....	33
5.2 Objetivos específicos.....	33
6 MATERIAIS E MÉTODOS.....	34
6.1 Desenho do Estudo.....	34
6.2 Local do estudo.....	35
6.3 População alvo.....	35
6.4 Critérios de inclusão.....	35
6.5 Critérios de Exclusão.....	36
6.6 Amostra, amostragem e recrutamento.....	36
6.7 Coleta de dados.....	38
6.8 Plano de análise de dados.....	39
6.8.1 Análise de conteúdo.....	40
7 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
8 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
8.1 Caracterização da amostra.....	45
8.1.1 Atuação dos egressos e dos médicos experientes.....	51
8.1.2 Percepção do desempenho na linha de frente da pandemia.....	51
8.2.1.1.1 Situações que demandaram auxílio.....	51

8.2.1.1.2 Autoavaliação dos atendimentos.....	63
8.2.1.2 Impactos pessoais e profissionais da pandemia.....	67
8.2.1.2.1 Experiência na linha de frente da COVID-19.....	67
8.2.1.2.2 Sentimentos nos atendimentos.....	72
7.2.2.1.2 Deficiências teórico-práticas na universidade.....	79
8.2.2.1.3 Adequações curriculares exigidas.....	81
9 LIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	93
10 CONCLUSÃO.....	94
APÊNDICE A - TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - MÉDICOS EXPERIENTES.....	103
APÊNDICE B - TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO MÉDICOS EGRESSOS.....	109
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA MÉDICOS EXPERIENTES.....	112
APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA - EGRESSOS MÉDICOS.....	113
APÊNDICE E - CLASSIFICAÇÃO DOS CASOS DE COVID -19 - MINISTÉRIO DA SAÚDE (2021)	114
APÊNDICE F - DESCRIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PROPOSTAS PELAS DIRETRIZES NACIONAIS CURRICULARES - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (2014)	115
ANEXO A - CURSO COVID-19 DA UNIFENAS.....	116

1 INTRODUÇÃO

É notável que a medicina representa uma das profissões que mais requerem estudo e dedicação. O curso exige preparo intelectual e emocional (SILVA *et al.*, 2021), além de ser extremamente extenuante, tanto física quanto psicologicamente, em virtude da sobrecarga cognitiva exigida para que se possa adquirir todo o conhecimento aliado à necessidade de lidar com as questões emocionais que envolvem os pacientes. Ao mesmo tempo, a formação médica deve ser humanista no sentido de formar profissionais capazes de enxergar o paciente como um todo, ou seja, considera-se o contexto biopsicossocial no qual ele se encontra inserido e se busca ter uma maior compreensão das expressões do sofrimento humano e das manifestações socioculturais dos adoecimentos (MOURA *et al.*, 2020), ela também deve preparar adequadamente o estudante para atuar de forma integral e eficiente nos diferentes níveis de atenção à saúde. Procedimentos realizados à beira do leito são componentes vitais no cuidado de pacientes, porém, muitos estudos revelam uma falta de exposição dos estudantes de medicina a essas intervenções na universidade (BARR; GRAFFEO, 2016).

Macedo (2021), em uma pesquisa qualitativa que objetivou explorar a experiência de médicos residentes no contexto de urgência e emergência hospitalar por meio de suas narrativas, relatou que muitos participantes acreditam que o médico recém formado não está preparado para atender as urgências, haja visto que, durante a graduação, este profissional muitas vezes não vivencia a rotina de um médico em unidades de urgência, não estando, portanto, apto para o atendimento de casos graves e de alta complexidade.

Segundo Burdick *et al.* (1998), com a crescente tendência das especializações médicas e com o domínio desses profissionais no processo educacional médico, entidades envolvidas nesse campo reconheceram a existência de alguns déficits no ensino médico, dentre eles na educação em emergência. Nesse sentido, tem se observado em muitos estudos que buscam avaliar a qualidade do ensino médico, um ponto comum de destaque: as dificuldades apresentadas pelos médicos egressos relacionadas à abordagem e manejo de pacientes mais graves, sobretudo no que se refere à realização de procedimentos. Tais dificuldades podem ter sido potencializadas pelo surgimento da pandemia de Covid-19 em 2020, quando foram instituídas medidas sanitárias restritivas para o controle da disseminação do vírus, sendo o distanciamento social com o *lockdown* (confinamento), a principal delas. Como consequência, foi adotado o sistema remoto de trabalho para muitas atividades, inclusive para o ensino. No âmbito do ensino médico, tal medida foi bastante

prejudicial para os alunos, sobretudo para aqueles em internato, uma vez que as aulas práticas, principalmente com pacientes e que são imprescindíveis para o aprendizado médico, foram suspensas. Abbasi *et al.* (2020), ao analisarem a percepção dos estudantes a respeito do ensino remoto durante o lockdown, concluíram que os participantes demonstraram preferência pelo ensino presencial, já que o remoto apresentava limitações com relação aos aspectos práticos do ensino nos ambientes clínicos e de laboratório.

Outro ponto relevante no cenário acadêmico durante a pandemia foi que muitos desses estudantes já em processo de finalização do curso tiveram suas formaturas antecipadas. Tal medida foi uma estratégia do governo federal, juntamente com o Ministério da Saúde, cujo objetivo foi o recrutamento de mais profissionais da área da saúde para atuarem na linha de frente do enfrentamento à Covid-19. Como consequência, muitos estágios não foram concluídos ou sequer iniciados pelos alunos, que se viram diante de um processo brusco e repentino de transição entre a vida acadêmica e a profissional e levando consigo uma carga de conhecimento deficiente, o que gerou muitas dificuldades na atuação desses, agora, médicos recém formados.

Nesse contexto, a identificação e compreensão dessas dificuldades, a investigação das suas possíveis causas e, principalmente, a busca de recursos por meio dos quais elas pudessem ser contornadas, além do entendimento dos sentimentos despertados nos egressos, tornou-se de extrema importância. Diante disso, acreditou-se que analisar a atuação e a formação do médico generalista sob a ótica dos egressos e dos médicos com maior tempo de experiência na profissão, fosse uma boa estratégia para a compreensão dessa problemática.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 História da Educação Médica

A doença, até o final da Idade Média, era vista como uma ação externa ao indivíduo e de cunho espiritual. Nas sociedades mais primitivas, o papel do “médico” era exercido pelos pajés que acreditavam que ao expulsarem os maus espíritos, promoviam a cura dos doentes. Por sua vez, a figura do médico mantinha uma íntima e inseparável relação com a religião, sobretudo as religiões monoteístas como a cristã, muçulmana e a judia, de modo que a função do médico era exercida pelos sacerdotes e se baseava, fundamentalmente, em salvar as almas dos indivíduos, já que atribuíam aos pecados das pessoas a causa de suas enfermidades; secundariamente, ofereciam dignidade e possibilitavam a sobrevivência dos enfermos. E, de fato, eram esses os objetivos dos hospitais europeus, os quais eram vinculados às instituições religiosas em sua maioria (REGO, 2003).

Somente no século XVIII, o conceito de cura física dos doentes surgiu como uma atribuição dos hospitais da Europa. Tal mudança ocorreu em associação às novas políticas econômicas mercantilistas da época, cujo objetivo era a expansão comercial, e ao fortalecimento do poder militar, característica do Estado Absolutista (REGO, 2003).

2.2 Marcos teóricos da educação médica no Brasil

2.2.1 A Criação dos Cursos Médicos

No Brasil, o primeiro grande marco histórico do ensino médico foi a criação do primeiro curso médico na Bahia em 1808 e, posteriormente, no Rio de Janeiro com a chegada da família imperial. Até então, os médicos que chegavam ao Brasil eram oriundos de Portugal e graduados na Universidade de Coimbra. O ensino da medicina era papel dos religiosos até o século XV e baseados na leitura dos textos de Hipócrates e Galeno; o primeiro, considerado o pai da medicina e, o segundo, o seu principal intérprete. Nesse período, os médicos eram considerados “físicos”, uma vez que a medicina praticada se pautava nos preceitos de Hipócrates, ou seja, era considerada uma ciência baseada na observação e experimentação dos corpos, as quais geravam as indagações e sem influências metafísicas, assim como na Física. A cirurgia, por se tratar de um trabalho

manual com violação dos corpos, era abominada e inferiorizada pelos religiosos, pois consideravam o trabalho intelectual de observação dos físicos, isto é, a prática clínica, como uma atividade superior. Entretanto, essa ideia modificou-se a partir do século XVI, quando foi introduzida, ainda que de forma tímida, a prática hospitalar (REGO, 2003).

No final do século XVIII, os jesuítas, que até então eram os responsáveis pela tarefa educacional e missionária de difundir a fé cristã em suas colônias na Europa, África, no Oriente e no Brasil, atuando ainda no tratamento de doenças e epidemias, fundando hospitais e estudando as plantas curativas da região (CALAINHO, 2005), foram expulsos do Brasil pelo Marquês de Pombal - diplomata e estadista português – uma vez que de acordo com o nobre, os missionários eram contrários aos interesses capitalistas de Portugal. Com isso, observaram-se algumas mudanças no ensino médico, dentre elas, a exigência do conhecimento prévio do grego e da filosofia e domínio de, no mínimo, um idioma estrangeiro (inglês e francês) por parte dos candidatos a ingressarem nas escolas médicas (REGO, 2003).

As principais mudanças no currículo médico ocorreram com a vinda da família real para o Brasil em 1808. Os cursos médicos que até aquele momento eram ministrados separadamente pela Academia de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro com duração de 5 anos cada um, foram unificados e passaram a durar 8 anos (REGO, 2003). Desde então, observou-se um grande crescimento do número de faculdades de medicina no Brasil, sobretudo no século XX, quando houve a flexibilização da legislação que regulava a criação de novas escolas médicas no país. Os dois grandes picos no aumento quantitativo dessas escolas, ocorreram nas décadas de 60 e 90. Essa expansão das escolas médicas não ocorreu exclusivamente no Brasil, mas também nos Estados Unidos, como pode ser observado nas falas de Pagliosa e Da Ros (2008):

À época, a situação das escolas médicas nos EUA era caótica. Como não havia necessidade de concessão estatal para o exercício da medicina, abolida em meados do século XIX, havia grande proliferação de escolas de Medicina, com abordagens terapêuticas das mais diversas. As escolas podiam ser abertas indiscriminadamente, sem nenhuma padronização, estando vinculadas ou não a instituições universitárias, com ou sem equipamentos, com critérios de admissão e tempo de duração diferenciados e independentemente de fundamentação teórico-científica. (PAGLIOSA E DA ROS, 2008, p. 494).

2.2.2 A Reforma de Flexner (o Modelo ou Paradigma “Flexneriano”)

Um outro marco do ensino médico no Brasil se baseia nas propostas de Flexner

também conhecidas como o Modelo ou Paradigma “Flexneriano”. Flexner foi um educador americano graduado em Artes e Humanidades pela Universidade Johns Hopkins (2023) e colaborador da Fundação Carnegie, uma organização filantrópica americana voltada à pesquisa científica. Em 1910, essa fundação, diante da expansão das escolas médicas nos Estados Unidos (EUA), solicitou à Flexner que conduzisse um estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos e no Canadá. Após realizar visitas em várias dessas instituições, Flexner propôs em seu relatório a reforma do modelo de ensino médico como um todo. Esta reforma foi intitulada de “Universidade” (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Flexner acreditava que a maioria das escolas médicas americanas e canadenses eram desnecessárias e/ou inadequadas, pois não preparava com excelência os futuros médicos para a vida profissional e eram o reflexo do crescimento desordenado e sem critérios de padronização dessas instituições em uma época em que não era mais necessária a concessão estatal para a criação dessas. Como consequência, muitas dessas escolas foram fechadas. Dessa forma, o trabalho de Flexner reorganizou e regulamentou o funcionamento das escolas médicas (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Segundo Flexner, os programas educacionais das escolas médicas deveriam ter uma base científica, com ênfase no modelo biomédico hospitalocêntrico e centrado na doença, não considerando a influência dos fatores socioeconômicos, ambientais e psicológicos no processo de adoecimento dos indivíduos. Para ele, cabia aos hospitais o papel central de transmissão do conhecimento médico e, às faculdades, restava o ensino prático de laboratório nas áreas do ciclo básico como anatomia, fisiologia e patologia, além do ensino teórico das especialidades (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Em outras palavras, o nome de Flexner passou a ser associado a um rígido modelo de ensino médico, que privilegiava a formação científica de alto nível, o estudo do corpo humano segundo os órgãos e sistemas e com o estímulo à especialização profissional, acreditando ser possível o entendimento do homem pelo estudo de suas partes (REGO, 2003). Essa forma de educação médica defendida por Flexner seguia o modelo alemão.

A reforma Flexneriana do ensino médico e suas repercussões chegaram ao Brasil um pouco mais tarde. Até então, nas primeiras décadas do século XX, as faculdades de medicina brasileiras ofereciam modelos retóricos de formação e, onde havia algum dinamismo científico, cultivavam laços com duas tradições europeias antagônicas: a escola francesa, com forte foco na clínica, e a escola alemã, marcada pela pesquisa laboratorial (LAZARINI FILHO, 2010).

Por volta da década de 1930, no Rio de Janeiro, um outro nome, Antônio da Silva Mello, recebeu notoriedade ao propor uma reforma na educação médica brasileira com bases bastante semelhantes às aquelas propostas do Relatório Flexner, tais como o marco conceitual de base científica, a dedicação exclusiva de docentes, revisão de currículos, redução de vagas, metodologia pedagógica baseada na prática e turmas menores em laboratórios e clínicas. Silva Mello era professor titular de clínica médica da Faculdade Nacional de Medicina e havia feito sua formação na Alemanha no início do século XX (LAZARINI FILHO, 2010). Nesse contexto, observou-se uma aproximação das faculdades de medicina brasileiras com os organismos de apoio técnico de financiamento que pretendiam difundir as propostas de Flexner e seus defensores representadas inicialmente pela criação de hospitais-escola como campo de treinamento e produção de conhecimento. Em um segundo momento, após a Segunda Guerra Mundial, foram abertos os departamentos de medicina preventiva, substituindo as tradicionais cátedras de higiene e introduzindo nas escolas médicas conteúdos de epidemiologia, administração de saúde e ciências da conduta, até então ministrados nas escolas de saúde pública, alienadas da educação médica e destinadas à formação de sanitaristas (LAZARINI FILHO, 2010). O relatório de Flexner conduziu por muitos anos o modelo de assistencialismo em saúde no Brasil, instaurando um método reducionista de educação e possibilitando o desenvolvimento de escolas médicas que condicionavam o discente a um olhar exclusivamente anatomoclínico de seus pacientes (MEIRELES; FERNANDES; SILVA, 2019).

2.2.3 Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)

A partir da década de 1960, as críticas ao setor de saúde se tornaram mais intensas e frequentes, levando à chamada "crise da medicina", uma vez que ficou cada vez mais nítido que tal modelo de ensino médico não supria as necessidades da população (PAGLIOSA; DA ROS, 2008), sobretudo com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 (MEIRELES; FERNANDES; SILVA, 2019). Tais críticas contribuíram para que, a partir da década de 1980, se iniciassem os processos de mudança no setor da saúde em vários países, que incluíram mudanças administrativas e constitucionais. No Brasil, foi criada a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) com o objetivo de desenvolver a educação médica visando a formação de um profissional capaz de atender às necessidades de saúde da população e contribuindo para a construção de uma

sociedade mais justa e igualitária. Também foi criada a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) como órgão fiscalizador das escolas médicas e que, juntamente com ações do Ministério da Educação por meio de Exames de Avaliação de cursos médicos aplicados aos formandos nos anos de 1996 a 2003, identificou sérios problemas no ensino médico e nas instituições de ensino como a baixa qualidade e qualificação dos docentes, baixa produção de conhecimento, dissociação entre teoria e prática, bem como entre ciclo básico e clínico; desumanização e descontextualização da prática, incorporação indiscriminada de tecnologias, currículos arcaicos (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Diante das críticas ao modelo de educação médica até então vivenciado no País, foram criadas, em 2001, as primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina (DCN) (MEIRELES; FERNANDES; SILVA, 2019), sendo posteriormente aprimoradas em 2014. As DCN de 2001 representaram uma evolução no contexto do ensino médico, contemplando essa visão integral do paciente e a interdisciplinaridade com os outros cursos da saúde, além de sugerirem habilidades específicas da área médica e aquelas comuns a todos os cursos da área da saúde. Apesar disso, as DCN de 2001 deixavam a desejar quanto às transformações ocorridas paralelamente no SUS, ainda que preconizassem a interdisciplinaridade necessária a uma visão integral no cuidado do paciente, era possível perceber a formação de médicos pouco habilidosos na prática clínica e pouco envolvidos com a visão histórico-social e humanística dos seus pacientes (MEIRELES; FERNANDES; SILVA, 2019).

Em 2012, foi aprovado o “Projeto ABEM 50 anos – Dez anos das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina” da ABEM e que recebeu financiamento da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). Nesse estudo, o destaque foi para a situação do ensino de urgência e emergência na graduação médica e o objetivo foi avaliar as escolas de medicina em relação aos conhecimentos e habilidades dos alunos nos cenários de urgência e emergência e elaborar as recomendações necessárias para a estruturação desse ensino e sua implantação na matriz curricular (SOUZA; KNOBLOCH, 2015). Constatou-se que muitas escolas médicas não possuíam em sua matriz curricular, atividades de treinamento em urgência e emergência para os graduandos nos primeiros três anos do curso. Desse modo, concluíram que era necessário a criação de um programa de ensino longitudinal com níveis crescentes de complexidade nas diversas áreas médicas e envolvendo conteúdo teórico e prático com sistemas apropriados de avaliação. A ABEM passou então a recomendar o ensino das habilidades

técnicas, já bem estabelecidas por protocolos internacionais, aos alunos dos primeiros anos dos cursos da área da saúde e, de preferência, logo antes do internato, pois nessa fase os alunos poderiam colocar em prática esses conhecimentos. Orientou, ainda que, os estudantes nos primeiros anos do curso de Medicina fossem estimulados a realizar programas de prevenção por meio de projetos de extensão universitária, nos quais o treinamento e o reconhecimento de situações de urgência e emergência fossem levados até a comunidade, aumentando as chances de sucesso em uma eventual intervenção durante o atendimento a um agravo à saúde. Nesse sentido, propuseram uma distribuição do conteúdo programático da seguinte forma:

- **Nos dois primeiros anos do curso:** programação voltada para os Primeiros Socorros ou Suporte Básico de Vida, com a finalidade de despertar o interesse do aluno e iniciar sua capacitação para situações de urgência e emergência que possam vivenciar, não somente as traumáticas como também as não traumáticas. Em consonância com essa primeira abordagem, foi recomendada a inserção dos graduandos em atividades e/ou programas de extensão universitária que tenham como alvo a prevenção de acidentes e de agudização das doenças crônicas, e ensino de Suporte Básico à Vida.
- **No terceiro e/ou quarto ano:** programação com conteúdo variado e treinamento de habilidades básicas, preferencialmente realizado em laboratórios de habilidades/simulação (por questões éticas e de segurança do paciente, antes que os estudantes tenham contato com os pacientes reais nos cenários de prática clínica) envolvendo emergências traumáticas e não traumáticas nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia e tendo como modelos de programação os cursos de imersão em urgência (*Pré Hospital Trauma Life Support - PHTLS, Advanced Cardiac Life Support - ACLS, Advanced Trauma Life Support - ATLS, Pediatric Advanced Life Support - PALS e Advanced Life Support in Obstetrics - ALSO*). Também deve fazer parte do conteúdo dessa fase do sistema de Urgência e Emergência, a prática no atendimento pré-hospitalar fixo, ou seja, em ambiente que não o hospitalar e englobando acolhimento e classificação de risco; e no móvel, isto é, na Unidade de Suporte Avançado sob supervisão de médicos. Além disso, é de suma

importância que os alunos também sejam inseridos na central de regulação de urgência para que entendam o funcionamento dessa rede. O treinamento para realização de prescrições e otimização dos recursos disponibilizados também deve ser realizado, podendo ser executado até mesmo de forma simulada.

- **No quinto e sexto ano:** a Comissão de Internato deve garantir a continuidade da programação conjunta nos estágios práticos de Urgência e Emergência envolvendo as áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Ortopedia, Ginecologia/Obstetrícia, Neurologia e Psiquiatria. Deve ser assegurado que o estágio seja acadêmico, com os alunos inseridos diretamente nas atividades práticas com pacientes sob supervisão, com a devida discussão dos casos atendidos por eles para melhor fixação do conteúdo. Os estudantes não devem ser vistos e tratados como força de trabalho. Recomenda-se que os alunos do quinto ano frequentem as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) para que adquiram experiência em um serviço de saúde não regulado (porta aberta) e, os do sexto ano, as unidades hospitalares. Qualquer que seja o local do estágio, o interno deve estar diretamente envolvido no atendimento ao paciente, os casos devem ser discutidos com os preceptores bem como os aspectos que envolvem a prática da saúde pública, promoção da saúde e reabilitação (SOUZA; KNOBLOCH, 2015).

Foram mantidos os 35% da carga horária total do curso (dois anos) para internato, acrescentando-se o mínimo de 30% da sua carga horária a ser realizada na atenção básica e em serviço de urgência/emergência do SUS (BRASIL, 2014). Os 70% restantes devem ser divididos nas outras áreas: Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental com a carga horária destas atividades sendo essencialmente prática e teórica e devendo ser de no máximo 20% da carga horária total. A carga horária máxima deve ser de 12 horas diárias e 44 horas semanais (SOUZA; KNOBLOCH, 2015). Essas modificações do conteúdo programático propostas pela ABEM, e descritas de forma detalhada anteriormente, refletem a importância da inclusão do ensino e treinamento das habilidades em cenários de maior complexidade, como nas urgências e emergências, já no início da graduação em medicina, de modo que o ensino seja conduzido no modelo em espiral, isto é, à medida que o estudante avança na

graduação, as habilidades e os conhecimentos prévios são resgatados para a compreensão dos novos conceitos sejam eles teóricos ou práticos, de forma cumulativa.

Desse modo, o aluno é inserido em um processo de ensino-aprendizagem pautado principalmente na repetição constante das atividades, garantindo a ele maior possibilidade de consolidação definitiva do aprendizado. Celenza *et al.* (2001), ao analisarem o impacto da implementação e avaliação de um curso envolvendo a resolução de casos clínicos e o ensino de habilidades práticas aos alunos do quinto ano de medicina de uma universidade australiana, observaram uma melhora significativa do conhecimento desses estudantes nessas áreas. De acordo com os autores, o ensino da medicina de emergência baseado na análise e resolução de problemas de forma interativa, integrada e em pequenos grupos é bastante apropriado, pois melhora a confiança, a experiência clínica em emergência, as habilidades práticas e a capacidade dos alunos de trabalhar em equipe.

Diante das lacunas ainda observadas no modelo de ensino, com base nas DCN de 2001, foram elaboradas e publicadas novas DNC em 2014, nas quais se baseia o modelo educacional atual. Elas foram elaboradas como forma de se adequar o ensino médico às necessidades do sistema de saúde nacional e com o objetivo de minimizar as possíveis deficiências do graduando que podem se refletir na abordagem e manejo não otimizados e, até mesmo inadequados, do paciente com potencial prejuízo a este e ao próprio sistema de saúde como um todo. Os objetivos da formação médica, de acordo com as DCN de 2014, incluem: atenção e gestão em saúde, educação em saúde e educação continuada. Além disso, elas instituíram o currículo orientado por competências, as quais são definidas como a capacidade de mobilizar recursos para a resolução de casos da prática médica com pertinência e sucesso. Para tal, são utilizados os elementos que compõem a competência, isto é, os conhecimentos, atitudes e habilidades gerais associadas à capacidade de promover à saúde de maneira eficaz, reduzindo os riscos à saúde.

Segundo as novas diretrizes, o perfil do egresso médico contempla a formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde (com ênfase nos níveis primário e secundário), por meio de ações para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde de forma interdisciplinar e multiprofissional, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo sempre como transversalidade em sua prática, a determinação social do processo de saúde e doença (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MANTENEDORAS DE ENSINO SUPERIOR, 2014).

Apesar de todo o esforço em se formar profissionais médicos que supram as necessidades da população, questões acerca das competências na prática clínica dos médicos recém graduados vêm sendo amplamente pesquisadas, uma vez que a formação médica é considerada um fator importante para a qualidade em saúde, tornando-se uma das preocupações de instituições como a Organização Mundial da Saúde (OMS), ABEM, OPAS, entre outras (MEIRELES; FERNANDES; SILVA, 2019).

Nesse sentido, algumas pesquisas já realizadas, como a de Freitas, Ribeiro e Barata (2018), revelaram algumas discrepâncias em relação às competências propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e o que de fato é adquirido nas escolas de medicina, fato esse conhecido dos próprios estudantes. Muitos deles relatam achar necessário buscar o aprimoramento das suas habilidades práticas por meio de recursos extracurriculares como cursos, estágios, congressos, participação em ligas acadêmicas, etc. Para Peres, Andrade e Garcia (2007), a necessidade, sentida pelo estudante, de aquisição de conhecimentos e novas experiências que complementam o currículo, a necessidade de urgência em vivenciar o ser médico por meio de aprendizados significativos, a definição profissional e motivos de ordem econômica são razões que levam muitos estudantes a buscarem as atividades extracurriculares.

3 DESAFIOS DA FORMAÇÃO MÉDICA: PANDEMIA DE COVID- 19

Em dezembro de 2019, um surto de Pneumonia de causa desconhecida surgiu na cidade de Wuhan na China, e já em janeiro de 2020 foi identificado um novo Coronavírus, Sars-Cov-2 agente, com altas taxas de transmissibilidade e responsável por causar nos indivíduos desde uma síndrome gripal leve até uma Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), principalmente naqueles portadores de comorbidades. De maneira inesperada, o coronavírus se espalhou por todo o mundo e, em março de 2020, foi declarada a pandemia pela OMS e a doença, até então desconhecida, foi denominada Covid-19, termo abreviado para Doença do Coronavírus 2019, ano em que surgiram os primeiros casos da doença (CAVALCANTE *et al.*, 2020).

A pandemia de Covid-19 provocou mudanças sem precedentes no sistema de saúde mundial no que diz respeito às questões institucionais das unidades de saúde, como as operacionais, de abordagem e manejo dos pacientes, integração das equipes multidisciplinares e treinamento e remanejamento dos funcionários da saúde. Além disso,

o surgimento de um vírus, até então desconhecido e em uma proporção de pandemia, causou um grande impacto na saúde mental dos médicos e demais profissionais de saúde, até mesmo os mais experientes. O desafio de lidar com uma doença infecciosa nova, altamente transmissível e, até então, sem um tratamento específico ou terapia preventiva, gerou medo, insegurança, angústia, estresse, ansiedade e depressão em muitos desses profissionais, que passaram a viver o dilema de terem que prestar o atendimento a esses pacientes e, simultaneamente, temerem se infectar e contaminar os seus familiares. Diante disso, muitos optaram por saírem de suas casas para residirem sozinhos em outros locais, a fim de protegerem suas famílias. Muitos ainda necessitaram ser afastados de suas atividades profissionais por comprometimento grave de sua saúde mental ou por terem contraído a doença e, em diversos casos, evoluindo para óbito.

Uma outra questão mundial que gerou medo e insegurança nos profissionais de saúde foi a escassez de equipamentos de proteção individual (EPIs) como máscaras, luvas e aventais impermeáveis, fundamentais para a proteção desses profissionais durante o manejo dos pacientes infectados com o coronavírus, em virtude da maior necessidade e a indisponibilidade para compra por parte dos serviços de saúde. A Associação Médica Brasileira (AMB), desde março de 2020, disponibilizou uma plataforma para que os profissionais de saúde pudessem registrar reclamações e denúncias e, em menos de dois meses, já contabilizavam mais de três mil queixas relacionadas à falta de EPI's em diversos hospitais pelo Brasil (NARCISO *et al.*, 2020). Associadas a essas demandas dos profissionais de saúde, destacam-se as inúmeras denúncias por parte deles aos órgãos fiscalizadores e aos seus respectivos conselhos de classe sobre muitos casos de profissionais com comorbidades (cardiopatias, pneumopatias, diabetes, imunodepressão, etc), além das gestantes, que continuavam exercendo suas atividades de cuidado com os pacientes diagnosticados com Covid-19, mesmo sujeitos a contraírem o vírus e adquirirem a forma grave da doença (VEDOVATO *et al.*, 2021).

Vale ressaltar que, ao longo do período pandêmico, foram inúmeros os pedidos de demissão por parte desses profissionais devido à exaustão física, mental e emocional associados às condições precárias de trabalho (VEDOVATO *et al.*, 2021). Machado *et al.* (2022) expuseram queixas recorrentes dos profissionais de saúde relacionadas à insensibilidade dos gestores quanto às necessidades desses trabalhadores e que vão desde demandas simples e de fácil solução, como facilitar o acesso à água potável durante o plantão (por estarem isolados em setores com alto índice de contaminação) e disponibilizar espaços internos para descanso entre os atendimentos nos plantões que

passaram a ser extenuantes, até outras mais complexas como o acesso a transporte de ida e volta entre casa e trabalho.

3.1 Graduação médica durante a pandemia

Com o avanço da pandemia, foi necessário um maior recrutamento de profissionais da área da saúde para suprir a demanda de pacientes e a ausência de outros profissionais acometidos pelo vírus ou que necessitaram ser afastados por se enquadrarem nos grupos de risco. Frente a tal situação e com o intuito de aumentar o quadro de profissionais da saúde para atuarem no enfrentamento da pandemia, o Ministério da Educação (MEC) publicou em abril de 2020, a Portaria de número 383 autorizando, em caráter excepcional, transitório e enquanto durasse a pandemia, a antecipação da outorga de grau para estudantes de algumas áreas da saúde (ALMEIDA *et al.*, 2021) em resposta à adoção da Medida Provisória (MP) nº 934, publicada em 1º de abril de 2020 pelo poder executivo. Diante disso, muitas instituições de ensino optaram por aderir à iniciativa. Os cursos autorizados a participar dessa ação foram os de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Medicina, porém, foi necessário que os acadêmicos preenchessem alguns pré-requisitos. No caso dos estudantes de medicina, os mesmos deveriam ter 75% da carga horária do internato cumprida obrigatoriamente; os acadêmicos dos demais cursos deveriam estar cursando o último ano e ter cumprido os 75% da carga horária do estágio curricular obrigatório (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MANTENEDORAS DE ENSINO SUPERIOR, 2020).

Tal medida teve o objetivo de recrutar profissionais da saúde para participarem da Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo” - Profissionais da Saúde, que consiste em um chamamento emergencial desses profissionais para atuarem no combate à pandemia. Foi permitida aos alunos dos 5º e 6º anos dos cursos de Medicina e do último ano dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Farmácia a participação nesta ação (“O Brasil Conta Comigo” - Acadêmicos) para atuarem em unidades de Atenção Primária à Saúde, unidades de Pronto Atendimento, estabelecimentos da rede hospitalar, estabelecimentos de saúde voltados ao atendimento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, das comunidades remanescentes de quilombos e das comunidades ribeirinhas, sob a supervisão de preceptores na forma de Estágio Curricular Supervisionado (ECS). Segundo a portaria, a carga horária cumprida pelos alunos na participação na Ação Estratégica seria considerada como carga horária do estágio curricular obrigatório nas

áreas de clínica médica, pediatria e saúde coletiva, de acordo com as especificidades do curso em cada faculdade e os estudantes teriam direito a descontos nas mensalidades nas universidades privadas, recebimento de bolsa e certificado de participação no programa acordo com a carga horária cumprida.

Os alunos dos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem, Fisioterapia e Farmácia que não preencheram tais requisitos também puderam participar da Ação Estratégica, em caráter excepcional, temporário e de forma voluntária, com os mesmos direitos dos demais alunos. Também foi permitida a participação dos alunos do 1º ao 4º ano dos cursos de Medicina e os alunos dos cursos de Farmácia, Fisioterapia e Enfermagem que não estivessem cursando o último ano (BRASIL, 2020).

Ainda em abril de 2020, em reação à decisão do governo, o Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM-PR) manifestou-se contrário à antecipação de formatura em medicina, pois entendeu que haveria prejuízo à formação do profissional e não traria benefícios evidentes para o atendimento. Segundo o presidente do CRM-PR, os Conselhos Regionais e o Conselho Federal de Medicina consideram que a formação integral é fundamental e necessária. Diante dos questionamentos feitos ao Conselho Regional De Medicina-Paraná (2020) sobre o assunto, sua diretoria respondeu que:

A pretensão do governo federal em outorgar diplomação em Medicina a alunos que se encontram ainda em fase de aprimoramento de seus conhecimentos teóricos e práticos, com a motivação de que o país necessita de um número maior de médicos para o enfrentamento da pandemia, certamente demonstra a inconsistência lógica da quantidade em detrimento da qualidade da assistência a ser disponibilizada. É na fase final do curso de medicina que as complexidades dessa profissão sofrem sedimentação, a qual permitirá aos médicos recém-formados a segurança de uma visão global dos doentes que atenderão, permitindo um raciocínio coerente para assertivo diagnóstico, nos moldes esperados e merecidos pela sociedade. (CRM – PR, 2020, np).

Para Freitas, Ribeiro e Barata (2021), equivaler a experiência de inserir, por exemplo, os alunos do internato nos serviços de saúde e utilizar as horas dedicadas para substituição da carga horária do estágio curricular obrigatório dessas disciplinas, poderia prejudicar a qualidade do ensino médico, visto que os serviços de saúde não estavam em condições de manter o processo regular de ensino-aprendizagem, inclusive em relação à supervisão desses alunos, uma vez que seus supervisores estavam sobrecarregados com a demanda crescente de pacientes e poderiam estar despreparados para a preceptoria. Desse modo, a vivência adquirida poderia não condizer com os objetivos propostos para o

internato médico nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e no Projeto Pedagógico do Curso (PPC), nem com a sua futura prática médica de rotina.

Ainda de acordo com os autores, no que diz respeito à antecipação das formaturas, a principal dúvida foi se tal medida traria a garantia de que os formandos teriam o conhecimento e a perícia necessários para a profissão médica, já que o internato médico representa pelo menos 35% de toda a carga horária do curso de graduação em Medicina. Segundo as DCN de 2014, além de ser a etapa educacional com maior número de horas/aula práticas. Reduzir a duração dessa fase, seria prejudicar o aprendizado e a vivência dos futuros profissionais, segundo declarações do próprio Conselho Federal de Medicina. Diante disso, ressaltou-se que quaisquer decisões éticas, no contexto da medicina e das futuras gerações de profissionais, poderiam ter repercussões inquantificáveis tanto para esses indivíduos quanto para seus pacientes e suas comunidades (FREITAS; RIBEIRO; BARATA, 2021).

Geoghegan *et al.* (2017), em uma pesquisa realizada com médicos recém formados em seis escolas médicas irlandesas e antes do período pandêmico, já apontava algumas das dificuldades enfrentadas pelos egressos ao concluir que muitos participantes não se sentiam confiantes, por exemplo, em realizar prescrições e cálculos de doses de medicamentos, bem como em prescrevê-los por via endovenosa se comparado às drogas administradas por via oral. Além disso, foi constatado que somente 28% dos participantes declararam terem sido preparados durante a graduação médica para realizarem prescrições na prática clínica.

Essas dificuldades enfrentadas pelos egressos também é motivo de preocupação no Brasil, mesmo antes da pandemia. A avaliação anual da formação médica dos alunos do Estado de São Paulo, aplicada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), sobre conteúdos básicos de áreas consideradas essenciais na Medicina, demonstra que, de 2005 a 2019, dos 24 mil formandos que participaram do Exame, quase metade (48,8%) foram reprovados, fato que aponta para existência de sérias deficiências existentes no ensino médico do Estado de São Paulo (BALZAN; WANDERCIL, 2019), o que pode contribuir para o despreparo dos egressos no início da prática médica.

A preocupação com o impacto da pandemia na formação dos futuros médicos está fundamentada no desafio de adequação do processo formativo ao cenário de epidemia, em função da não integralização das cargas horárias preconizadas, do deslocamento das atividades previstas para alguns campos de prática diversos, da possibilidade e antecipação das formaturas e do uso adicional de tecnologias educacionais à distância,

que poderiam impactar a execução do projeto pedagógico original dos cursos, bem como das próprias diretrizes curriculares nacionais (OLIVEIRA; POSTAL; AFONSO, 2020).

Esses egressos talvez estejam coerentes com o perfil definido pelas DCNs vigentes, com ampla experiência nos cenários da Atenção Primária à Saúde (APS), urgência e emergência e saúde mental e aptos a atuar imediatamente na rede de saúde organizada para atendimento à epidemia da COVID-19 e as necessidades de saúde. No entanto, muitas escolas permanecem com desafios para adequação às DCNs e com modelos curriculares fragmentados e hiperespecializados (OLIVEIRA POSTAL; AFONSO, 2020).

Até 2020, o cotidiano da maioria dos recém-formados era de atuação imediata na APS e nas urgências e emergências sem cursar programas de residência médica. No contexto da suspensão de atividades acadêmicas, redirecionamento de cenários de atuação e antecipação de formatura, não havia a garantia de que o médico formado nessas condições teria vivenciado a prática nesses cenários. Uma vez que, existindo a possibilidade de antecipação da formatura a partir do cumprimento de 75% da carga horária dos estágios, considerando uma carga-horária mínima obrigatória de 30% na APS e na urgência e emergência, e que a maioria das escolas organiza seus estágios em rodízios por área, uma após outra, é possível que uma fração grande desses egressos possa ter recebido seus diplomas de médico tendo cumprido apenas 15% da carga horária destas duas áreas somadas, ou mesmo nenhuma carga horária de alguma delas (OLIVEIRA; POSTAL; AFONSO, 2020).

Apesar das opiniões de muitos autores contrárias à antecipação das formaturas, um estudo observacional e transversal realizado por Almeida *et al.* (2021), com 113 estudantes de medicina das universidades de Curitiba no Paraná, com o objetivo de avaliar o impacto da antecipação da graduação durante a pandemia da Covid-19, constatou que a maioria dos participantes concordava com a antecipação da graduação e não se sentiam prejudicados por ela. Além disso, a maior parte deles considerava importante a atuação dos médicos recém formados no combate à Covid-19 e acreditava estar apta a atender na pandemia. Quando questionados sobre estágios que não foram cumpridos ou foram cumpridos parcialmente em decorrência da antecipação da graduação, o eletivo e o de medicina de família e comunidade foram os mais citados.

Com o aumento e agravamento dos casos de Covid-19, um problema crônico e grave do sistema público de saúde no Brasil se tornou ainda mais evidente: a insuficiência de leitos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). A desproporção entre a demanda de

pacientes graves com Covid-19 necessitando de cuidados intensivos e a oferta de tais leitos, associados aos demais casos não Covid igualmente graves e que continuaram mantendo o seu fluxo de entrada nos hospitais, embora em menor proporção em relação ao período pré pandêmico e requerendo esses mesmos tipos de cuidados, obrigou os gestores hospitalares a improvisarem novos leitos de UTIs utilizando espaços de outros setores das unidades que originalmente não estão destinados a essa finalidade, como o pronto socorro e as enfermarias. As UPAs e muitos hospitais privados sentiram a necessidade de adotarem medidas semelhantes para conseguirem absorver a alta demanda de pacientes. Como inicialmente os egressos atuaram nos prontos-socorros clínicos dos hospitais e nas UPAs, eles se depararam, indubitavelmente, com esse perfil de paciente, sendo necessário manejá-los de maneira adequada, o que exigia grande habilidade clínica e capacidade de tomada de decisões.

De forma inesperada, os egressos se viram diante de um contexto em que não podiam receber tanto suporte por parte dos médicos mais experientes no manejo dos pacientes diagnosticados com Covid-19, já que eles próprios estavam também aprendendo com a nova doença. Essa realidade mostrou ser ainda mais problemática nas regiões distantes dos grandes centros e até mesmo mais remotas do país, onde muitos médicos recém formados começam a atuar e o número de profissionais é reduzido, muitas vezes sendo eles os únicos médicos da localidade. Essas questões postas, fizeram com que aumentassem os acessos aos pacientes mais graves se comparado aos egressos que exercem a profissão nas capitais e regiões metropolitanas. Diante disso, se fez necessário o emprego de habilidades e conhecimentos prévios para se obter um desfecho satisfatório na história clínica destes doentes.

Todos esses fatores levaram os egressos a desenvolverem sentimentos de ansiedade, insegurança, medo e impotência, principalmente por presenciarem óbitos de pacientes por falta de insumos e/ou equipamentos hospitalares, como ventiladores mecânicos, bem como de vagas em UTIs (VEDOVATO *et al.*, 2021).

Para Coelho *et al.* (2021), diante do estado epidemiológico, a impossibilidade de interações interpessoais foi o maior obstáculo na manutenção do aprendizado em um curso majoritariamente prático, no qual o contato é imprescindível (COELHO *et al.*, 2021).

Nesse sentido, supõe-se que especificamente os médicos recém graduados que tiveram suas formaturas antecipadas e são o foco desta pesquisa, tenham enfrentado muitas dificuldades em virtude da suspensão das aulas práticas na pandemia de Covid-

19, o que representa, portanto, uma redução da carga horária dedicada a elas ou até mesmo o não cumprimento da mesma se comparados a egressos formados fora deste contexto, uma vez que alguns estágios não foram sequer iniciados por esses estudantes. Acredita-se que tais dificuldades possam ter sido maiores no que se refere às habilidades práticas em cenários de maior complexidade, diferentes daqueles para os quais os egressos foram treinados com maior ênfase durante a graduação e tendo como agravante, uma situação de crise sanitária mundial causada por um vírus até então desconhecido, o que pode ter destacado ainda mais essa possível lacuna curricular.

Torna-se evidente, portanto, o paradoxo envolvendo o possível comprometimento de determinadas competências e habilidades dos egressos e o fato de muitas dessas serem imprescindíveis para o exercício da profissão, principalmente porque na grande maioria dos casos, os primeiros cenários de atuação dos recém graduados até se especializarem são as unidades de pronto atendimento e os hospitais. Acredita-se que a Covid-19 trouxe à tona a necessidade iminente de reflexão por parte dos órgãos e instituições envolvidos na educação médica sobre a existência de prováveis lacunas curriculares e que podem ter sido potencializadas pela pandemia.

Com base nessa problemática, torna-se fundamental a identificação e compreensão das potenciais falhas curriculares, para que novas diretrizes possam ser propostas no intuito de qualificar os egressos a atuarem de forma segura e assertiva, garantindo uma melhor prestação do atendimento à população e reduzindo o impacto negativo no sistema de saúde.

3.1 Ensino Remoto Emergencial

Durante a pandemia, os métodos de ensino remoto, que não eram uma prática comum na área médica (apesar de serem para outros cursos), passaram a ser uma ferramenta imprescindível para amenizar os danos da ausência do ensino presencial. Foi necessária uma transformação abrupta e obrigatória dentro do chamado *e-learning*, que é definido como qualquer processo de aprendizagem que envolva o uso de internet ou intranet e é composto por um conjunto de aplicações e processos, incluindo aprendizagem baseada no uso de computadores e aprendizagem baseada no uso de internet, salas de aula virtuais e colaboração digital (KUMARI; RANI; BARA, 2022). Em caráter excepcional, foi recomendada a substituição das atividades de ensino presenciais por aulas realizadas com a utilização de tecnologias de informação e comunicação, implementando o chamado

Ensino Remoto Emergencial (ERE) (MAIEVES, 2022).

Desse modo, os docentes lançaram mão do ERE por meio de aulas assíncronas e síncronas on-line por meio dos Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA) como, por exemplo, o *Moodle* e o *Google Classroom*, a fim de viabilizar a continuidade do conteúdo acadêmico. As aulas assíncronas são aquelas que ficam disponíveis para os estudantes nos AVA, ao passo que as síncronas são realizadas com os alunos e o professor por meio de videoconferência. Entretanto, os discentes foram bastante prejudicados em relação à prática clínica, que é insubstituível. Tal fato gerou ansiedade, estresse e insegurança nesses alunos, sobretudo, naqueles cursando o último ano do curso e, portanto, inseridos no ambiente hospitalar.

Esse método de ensino também desencadeou nos alunos sentimentos como solidão, dificuldade de concentração e, simultaneamente, preocupação com a manutenção da qualidade do aprendizado, além da própria apreensão associada à avaliação dos conteúdos. Associada a isso, a impossibilidade de acesso à internet para alguns alunos foi um fator a mais de desconforto e preocupação, uma vez que ressaltou as enormes diferenças socioeconômicas no país (MACEDO, 2021).

Em estudo realizado por Silva (2021), que buscou avaliar o impacto do isolamento social pela pandemia de Covid-19 na saúde mental dos estudantes de medicina e a percepção quanto ao ensino remoto em uma escola médica brasileira, quase metade dos alunos (48,4%) alegaram que se sentiam muito incomodados com as aulas no formato on-line ou as consideravam até mesmo insuportáveis. Esses mesmos alunos, quando avaliados em uma escala autoaplicada denominada Inventário de Beck para Ansiedade (BAI) quanto ao grau de ansiedade, apresentaram um nível mais elevado. Os motivos pelos quais esses estudantes se sentiram mais afetados com o ensino remoto emergencial incluíram a sensação de não estar aprendendo (84,6%), seguida por falta de motivação (71,4%) e procrastinação nos estudos (69,2%).

Resultados semelhantes foram obtidos por Tacahashi, Rena e Bueno (2022) ao analisarem o impacto da pandemia no estilo de vida dos estudantes de Medicina e Enfermagem de uma universidade paulista e verificarem os efeitos do método de ensino-aprendizagem por meio de atividades remotas. Constatou-se que a maior parte dos alunos (53%) considerou que somente algumas vezes tiveram um aproveitamento satisfatório com as atividades remotas. Associados a essa insatisfação, os participantes também relataram sentimentos como tensão, desapontamento, raiva, hostilidade, tristeza, além de sintomas depressivos.

Vale lembrar que esse método de ensino não se enquadrava nas prerrogativas do ensino à distância (EaD) e sim de um ensino remoto emergencial que foi adaptado devido à situação sanitária mundial. Além disso, apesar das tecnologias estarem atualmente disseminadas em nosso meio, elas não eram amplamente dominadas em todas as suas vertentes, incluindo-se as questões didático-pedagógicas. No caso dos docentes, eles se viram diante da necessidade de reavaliação das suas práticas pedagógicas, tanto no sentido da aplicação do conteúdo e, ao mesmo tempo, da manutenção da atenção do aluno no maior período de tempo possível, reduzindo as taxas de evasão, quanto do seu reposicionamento enquanto professor mediador, bem como da capacidade de rever seus métodos de avaliação.

De acordo com a pesquisa de Dost *et al.* (2020), a maioria dos estudantes de medicina participantes alegaram que o ensino on-line não substituiu o ensino clínico que é feito por meio do contato direto com o paciente. Ademais, a maior parte desses alunos referiu ainda que não se pode aprender habilidades clínicas práticas por meio do ensino on-line, o que demonstrou que as habilidades clínicas ainda representam uma barreira para o ensino remoto de estudantes de medicina.

Abbasi *et al.* (2020), em um estudo realizado com 382 estudantes do curso de Medicina e Odontologia de uma Faculdade no Paquistão, cujo objetivo foi determinar as percepções dos estudantes em relação ao ensino virtual durante o *lockdown* na pandemia de Covid-19, mostraram que a maioria dos participantes demonstrou percepções negativas sobre o ensino virtual, uma vez que houve impacto no processo de aprendizagem, principalmente nos cenários de prática como laboratórios e ambulatórios. Além disso, a maioria dos estudantes revelou ter notado um prejuízo na interação aluno-professor com o ensino virtual, além da preferência do ensino presencial em relação ao remoto.

Um outro estudo indiano conduzido por Kumari, Rani e Bara (2022) avaliou 501 estudantes de medicina sobre suas experiências e percepções em relação ao ensino on-line e a maior parte deles se declarou parcialmente satisfeita com a preparação e a frequência das aulas, ao passo que a maioria dos estudantes se sentiu insatisfeita com o conteúdo das aulas. A maior parte dos alunos manifestou preferência pelo método tradicional de ensino presencial em detrimento das aulas on-line. Entretanto, a maioria dos estudantes concordou que as aulas on-line deveriam ser incluídas como parte do currículo.

Já na pesquisa conduzida por Subashini *et al.* (2022) com estudantes de três

universidades públicas no Sri Lanka, a maioria dos participantes se mostrou familiarizada com *E-learning* e as plataformas utilizadas para acesso a ele (como o *Moodle*, por exemplo), embora não tenha recebido treinamento formal para utilizá-las. Também foi observado que a maior parte dos estudantes apontou o sinal precário das redes móveis em seus domicílios como a principal limitação no *E-learning*. Não obstante, eles mostraram disposição para o ensino nesse novo formato e satisfação com as facilidades que o uso da internet nas universidades proporciona, demonstrando preferência na combinação de 50% de ensino tradicional e 50% de ensino no formato *E-learning*.

Lazarini Filho *et al.* (2022), ao realizarem um estudo cujo objetivo foi avaliar a qualidade do processo de ensino-aprendizagem do ensino remoto do curso de medicina de universidade paulista durante a pandemia, concluíram que as principais barreiras enfrentadas pelos estudantes estavam relacionadas à adaptação ao ensino remoto, à organização e planejamento para lidarem com o volume de conteúdo e atividades e à construção de vínculos e desenvolvimento de habilidades que não são desenvolvidos da mesma maneira que no modo presencial.

Em relação à qualidade do ensino, a medicina é uma ciência de aprendizagem contínua. O conhecimento é adquirido e sustentado através da prática e estudos diários. Colocar uma pausa tão grande no meio de uma fase de aprendizagem tão acelerada quanto o internato de medicina pode ser uma ação prejudicial ao aprendizado (LAZARINI FILHO, 2021). O afastamento de alunos de estágios clínicos pode ter implicações significativas para o planejamento futuro da força de trabalho. O desempenho profissional dos médicos futuros é uma preocupação da comunidade acadêmica, haja vista o volume de materialidades e espaços necessários para a formação desse profissional, uma vez que, além dos conhecimentos anatômicos, existem desenvolvimentos de habilidades técnicas que têm pouca possibilidade de alternativas que não presenciais nas atividades didático-pedagógicas (MORETTI-PIRES, 2021).

4 JUSTIFICATIVA

A literatura médica aponta deficiências na formação do médico generalista. Somado a isso, o quadro da pandemia de Covid-19 gerou dificuldades adicionais ao ensino médico que passou a ser feito essencialmente de forma remota com uma grande redução das aulas práticas clínicas. Além disso, por ser uma doença nova, a abordagem do paciente, até mesmo pelos médicos experientes, foi uma tarefa árdua e a imensa maioria deles desenvolveu diversos sintomas indicativos de comprometimento da saúde mental.

Apesar dos déficits em sua formação, os egressos tiveram suas formaturas antecipadas e precisaram trabalhar na linha de frente com pacientes diagnosticados com Covid-19, o que pode ter desencadeado dificuldades adicionais, além de ansiedade, insegurança, angústia e até mesmo medo.

A literatura é carente de trabalhos que avaliem, pela ótica do médico recém formado, a experiência dessa vivência. Acredita-se que avaliar a percepção do egresso médico, bem como do médico experiente, sobre a vivência do atendimento clínico ao paciente com Covid-19 por parte desse egresso durante a pandemia, além de importante como registro histórico, é também bastante relevante para o sistema educacional médico. O estudo poderá servir de instrumento para compreensão dos déficits do ensino prático no contexto aqui discutido e posterior análise sobre potenciais mudanças nas diretrizes curriculares de ensino.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

- Compreender a autopercepção do egresso médico e a visão do médico experiente sobre a formação e atuação do médico egresso médico no cenário da pandemia frente a casos clínicos de pacientes com Covid-19.

5.2 Objetivos específicos

- Identificar a autopercepção do médico recém formado sobre suas habilidades para o manejo do paciente Covid.
- Identificar a autopercepção do médico recém formado sobre sua formação no contexto da pandemia de Covid-19.
- Conhecer o sentimento do médico recém formado prestando assistência ao paciente clínico com Covid-19.
- Averiguar a visão do médico mais experiente sobre a formação e a atuação do egresso na abordagem do paciente Covid.

6 MATERIAIS E MÉTODOS

6.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa do tipo descritiva e exploratória, por meio do qual procurou-se compreender os significados atribuídos sobre a formação do médico generalista para a abordagem e o manejo do paciente, no contexto da pandemia de Covid-19, pelos egressos de Medicina e médicos mais experientes com, no mínimo, cinco anos de formação e que atuem ou tenham atuado no cenário da pandemia de Covid-19.

Optou-se por esse tipo de abordagem por ser mais apropriada à proposta de uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (MINAYO; SANCHES, 1993).

Nessa abordagem, não se busca pesquisar o fenômeno em si, mas compreender o(s) significado(s) individual ou coletivo que o fenômeno assume para a vida e o contexto que as pessoas estão inseridas (TURATO, 2005), contemplando a descrição, compreensão e explicação por meio do contato direto do pesquisador com o objeto de pesquisa (MINAYO; SANCHES, 1993).

Nesse sentido, na pesquisa qualitativa, a palavra escrita ocupa lugar de destaque, desempenhando um papel fundamental tanto no processo de obtenção dos dados quanto na disseminação dos resultados. Pois, visando à compreensão ampla do fenômeno que está sendo estudado, considera que todos os dados da realidade são importantes e devem ser examinados. O ambiente e as pessoas nele inseridas devem ser olhados holisticamente: não são reduzidos a variáveis, mas observados como um todo, diferente de uma coleta de dados apenas quantitativos, numéricos (GODOY, 1995).

Ressalta-se que, no presente estudo, a análise, principalmente subjetiva dos participantes e do ambiente que os cerca, foi comprometida, já que o contexto pandêmico inviabilizou o contato próximo entre as pesquisadoras, os sujeitos e seus respectivos cenários de atuação. Todavia, buscou-se, por meio da análise criteriosa e aprofundada das respostas obtidas dos formulários, extrair o máximo de informações possíveis sobre a temática da pesquisa, incluindo aquelas eventualmente presentes nas entrelinhas.

6.2 Local do estudo

Egressos do curso de Medicina da região Sudeste (de várias universidades do Estado de Minas Gerais (MG) e de uma universidade no Espírito Santo, bem como médicos experientes atuantes em MG e SP) que preencheram os critérios de inclusão do presente estudo, foram convidados a participarem da pesquisa.

6.3 População alvo

A pesquisa foi realizada com dois grupos, sendo um deles composto por egressos do Curso de medicina de várias universidades da região Sudeste, principalmente do Estado de Minas Gerais (MG) e de uma universidade no Espírito Santo (ES) que atuaram na linha de frente do combate à Covid-19. O outro grupo foi formado por médicos mais experientes atuantes em MG e São Paulo (SP), que também prestaram atendimento a pacientes com Covid-19 durante a pandemia e que trabalharam juntamente com médicos egressos (não necessariamente os mesmos que participaram do estudo). Optou-se por não se restringir o estudo a participantes de MG com o objetivo de torná-lo mais rico e fidedigno, uma vez que, por meio da compilação dos dados coletados, podem ser observadas percepções semelhantes ou não por parte dos participantes - que muitas vezes estiveram inseridos em ambientes acadêmicos e de trabalho distintos - acerca de questões levantadas na pesquisa.

6.4 Critérios de inclusão

Foram selecionados aqueles que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo que para os:

- **Egressos**
- ✓ Ter concluído o curso de medicina a partir do segundo semestre de 2019 até o primeiro semestre de 2021.
- ✓ Ter atuado na linha de frente no atendimento a pacientes com Covid-19.

- **Médicos mais experientes**

- ✓ Ter atuado na linha de frente no atendimento a pacientes com Covid-19.
- ✓ Ter auxiliado os egressos médicos no atendimento a pacientes com diagnóstico de Covid-19.
- ✓ Ter, no mínimo, cinco anos de formação em Medicina.

6.5 Critérios de Exclusão

Foram excluídos aqueles que, no decorrer da pesquisa, declinaram da participação e aqueles que não responderam por completo os roteiros de entrevistas.

6.6 Amostra, amostragem e recrutamento

A amostragem foi do tipo intencional, não probabilística, sendo a amostra realizada por conveniência. A proposta inicial era a obtenção de **20 participantes, sendo 14 egressos e 6 médicos experientes**. À medida que os instrumentos eram respondidos pelos participantes, eram realizadas a análise das respostas pelas pesquisadoras. De posse dessas análises e objetivando uma maior fidedignidade dos resultados do presente estudo, optou-se, no decorrer da pesquisa, pelo aumento do número total da amostra para 34, sendo 24 egressos e 10 médicos experientes, apesar da dificuldade no recrutamento de indivíduos dispostos a participar do estudo ter sido uma realidade ao longo da pesquisa.

Todos os egressos convidados responderam aos formulários, ao passo que somente 6 médicos experientes aceitaram participar da pesquisa e responderam ao instrumento. Dessa forma, obteve-se um total de 30 participantes. Todavia, em uma última tentativa de se estender a amostra, utilizou-se como estratégia a manutenção dos formulários abertos às respostas na plataforma *Google Forms* por mais um mês além do previsto. Optou-se por não os manter por mais tempo, pois além de não ter havido a adesão de novos participantes, ao se analisar os dados coletados, foi constatada a saturação teórica dos mesmos, critério utilizado pelas pesquisadoras para finalização do número amostral. Desse modo, a amostra final foi de 30 participantes no total, sendo 24 médicos egressos e 6 médicos mais experientes.

O recrutamento dos participantes foi feito por meio de contatos diretos com egressos e médicos mais experientes por meio de e-mail e aplicativos de mensagens enviados pelas autoras da pesquisa. Vale ressaltar que as pesquisadoras já conheciam alguns dos participantes (egressos e médicos mais experientes) e, portanto, já dispunham dos seus respectivos contatos. Em outros casos, durante o processo de captação dos participantes, os contatos foram repassados por médicos conhecidos das pesquisadoras que não preenchiam os critérios para inclusão na pesquisa, porém conheciam quem os preenchessem. Alguns participantes foram indicados por docentes da Unifenas BH e outros pelos próprios participantes. Todos eles receberam uma carta convite, por meio de seus respectivos e-mails, na qual constava um link para acesso ao TCLE que informava os objetivos da pesquisa e garantia o sigilo dos dados dos participantes, bem como solicitava a confirmação do interesse em participar do estudo, o que foi concluído ao preencherem o campo destinado à concordância na participação.

Finalizada essa etapa, os participantes receberam, também por e-mail, um novo link que os direcionava à plataforma *Google Forms* onde os roteiros de perguntas foram elaborados por meio de um formulário on-line. Ressalta-se, que o motivo pelo qual foram feitos no formato on-line, se deu em virtude da necessidade de se manter o distanciamento social e outras medidas não farmacológicas preconizadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde com o intuito de prevenir e controlar a transmissão da Covid-19.

Foi estabelecido que seriam excluídos do estudo os participantes que eventualmente não tivessem respondido a todas as perguntas e que, posteriormente, seriam convidados mais indivíduos em número correspondente à quantidade de participantes desconsiderados por esse motivo para que os resultados não fossem insignificantes em termos de amostra. Entretanto, todos os participantes responderam todas as perguntas do formulário de forma completa, não sendo necessária a utilização desse critério.

A escolha de egressos de medicina e médicos mais experientes se deu pelo fato de que ambas as categorias representam fontes confiáveis de avaliação da formação do médico generalista no contexto da Covid-19. Os primeiros, por terem vivenciado ativamente a experiência da graduação em meio à pandemia e serem o foco do estudo e, os segundos, por serem capazes de analisar, por meio de uma visão externa ao contexto acadêmico/assistencial, a performance desses egressos no atendimento aos pacientes com a Covid-19, haja vista que compartilharam o mesmo ambiente de assistência a esses doentes. Ressalta-se que não há relação direta ou indireta entre os participantes de ambos

os grupos (egressos e médicos experientes).

Vale a pena destacar que a pesquisa de abordagem qualitativa não tem como principal preocupação a generalização dos resultados, trabalhando, de forma geral, com uma amostra em pequena quantidade (TURATO, 2003).

6.7 Coleta de dados

A coleta dos dados referente ao grupo dos egressos teve a duração de três meses (16/06/22 a 15/09/22). Já no grupo dos médicos experientes a duração foi de cinco meses (25/05/22 a 04/10/22). Tendo em vista que nesse período o contato entre pessoas ainda apresentava limitações, egressos e médicos mais experientes, foram submetidos a um formulário eletrônico individual, padronizado, com um roteiro (APÊNDICES C e D) de perguntas contendo questões abertas e fechadas, de acordo com o grupo a que pertenciam.

Anteriormente ao envio desses formulários aos participantes, foi realizado um pré teste com três pessoas que não participaram da pesquisa, sendo uma docente do curso de medicina da Unifenas-BH, um mestrando em Ensino e Saúde da Unifenas-BH e um egresso da Unifenas-BH, com o objetivo de avaliar a adequação e aplicabilidade do seu conteúdo, bem como a estrutura e redação das questões. Após avaliação dos apontamentos feitos pelos membros do pré teste e considerando-os pertinentes, foram feitas as devidas alterações nos roteiros.

Após a leitura do TCLE e concordância na participação da pesquisa, as pesquisadoras enviaram um e-mail para o participante, constando um link e por meio do qual foi possível acessar o instrumento elaborado na plataforma *Google Forms*. Acredita-se que a coleta de dados no formato on-line permite que os participantes possam respondê-lo no momento em que lhes for mais conveniente, conferindo uma maior adesão dos indivíduos à pesquisa, com respostas verossímeis que promovem uma análise ampla e fidedigna dos dados coletados acerca das questões que norteiam o estudo. Além disso, o fato de os participantes serem em número pequeno, possibilitou um maior acesso a eles mesmo que não localizados em uma mesma área geográfica, tornando possível um diálogo prévio com os mesmos, o que certamente também contribuiu para a redução na falha na adesão dos indivíduos à pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio de um roteiro de questões do tipo dicotômicas, trazendo apenas duas opções (SIM ou NÃO), questões discursivas com respostas curtas e outras mais aprofundadas com respostas longas. Também havia itens

respondidos por meio de escala de Likert, nos quais se incluíam opções de respostas tais como nunca, poucas vezes, muitas vezes e sempre. Ambos os roteiros de perguntas, dos egressos e dos médicos experientes, foram divididos em três blocos. O primeiro deles continha a identificação dos participantes e questões relacionadas aos dados sociodemográficos pessoais tais como sexo, idade, semestre e ano de formatura, possuir filhos, estado civil, renda familiar e, no caso específico do grupo de médicos egressos, foram acrescentados quatro itens: realização de curso extracurricular, instituição onde graduou-se e histórico de Covid-19 pessoal ou de terceiros de seu convívio social próximo (APÊNDICE D). A identificação dos indivíduos foi feita utilizando-se um código formado por oito dígitos representado pelos quatro primeiros do CPF (Cadastro de Pessoa Física) e os quatro últimos números do telefone celular do participante, no intuito de preservar o anonimato. No segundo bloco, foram abordadas questões referentes à atuação dos participantes na pandemia, incluindo a autopercepção do egresso sobre seu desempenho, a visão do médico mais experiente sobre a atuação desse egresso e a percepção desses indivíduos sobre a formação do médico generalista durante a pandemia. O terceiro bloco foi composto por perguntas sobre a formação acadêmica dos participantes. No caso dos egressos, os itens tinham como objetivo saber se, na visão deles, as aulas teóricas e práticas da graduação foram suficientes para prepará-los para atuarem no cenário da pandemia de Covid-19. Já no caso dos médicos experientes, as questões buscavam avaliar se, na opinião deles, existia alguma lacuna no ensino médico (APÊNDICE C).

Durante a análise dos dados, foi necessário contatar alguns participantes de ambos os grupos (3 médicos experientes e 7 egressos) por meio de ligações telefônicas e aplicativos de mensagens para obtenção de maiores esclarecimentos a respeito de algumas questões, conforme previsto no projeto, sendo esclarecidas todas as dúvidas das pesquisadoras.

Leite e Mascarenhas (2021), ao desenvolverem um estudo amazonense, de abordagem qualitativa, cujo objetivo foi avaliar a percepção dos estudantes de medicina sobre o estágio na atenção primária à saúde, também utilizaram, de forma bastante acertada, questionários online em virtude da pandemia de Covid-19 servindo, portanto, de referência para esta pesquisa.

6.8 Plano de análise de dados

A análise dos dados sócio demográficos dos participantes foi feita a partir da estatística descritiva e posteriormente apresentada por meio de tabelas e/ou gráficos de frequência.

6.8.1 Análise de conteúdo

A análise das respostas dos roteiros se deu por meio da técnica de análise de conteúdo temática, método muito utilizado na análise de dados qualitativos, compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento. Essas técnicas referem-se ao estudo tanto dos conteúdos verbais (figuras de linguagem, reticências e entrelinhas) quanto não verbais (manifestos), buscando organizá-los em categorias que auxiliam na compreensão dos dados (BARDIN, 2009). Entretanto, no presente estudo, a análise dos conteúdos não verbais (subjativos) não foi possível, já que as entrevistas com os participantes foram realizadas por meio de questionário.

Pode-se, por assim dizer, que o método de análise de conteúdo é balizado por duas fronteiras: de um lado a fronteira da linguística tradicional e do outro o território da interpretação do sentido das palavras (hermenêutica) (CAMPOS, 2004).

Existem diferentes técnicas de análise de conteúdo que podem ser utilizadas: análise lexical, análise de expressão, análise de relações ou associações, análise de enunciado e análise temática ou categorial. No entanto, independente da técnica, segundo Bardin (2009), a análise de conteúdo deve ser organizada em torno de três fases descritas a seguir:

1) Pré-análise: fase de exploração, seleção e organização do material que será analisado (corpus da análise), com o objetivo de torná-lo operacional e sistematizar as ideias iniciais. Procede-se às leituras flutuantes (iniciais) de todo o material, com o intuito de tomar contato, conhecer o contexto e deixar fluir impressões iniciais e orientações, de uma forma menos estruturada, procurando visualizar, mesmo que primariamente, pistas e indícios não óbvios. A escolha dos documentos que serão analisados é orientada pelas seguintes regras:

- **Exaustividade:** todos os elementos relevantes devem estar presentes no material.
- **Representatividade:** o conjunto de elementos escolhidos para análise deve representar o universo de dados.

- **Homogeneidade:** os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem obtidos por técnicas iguais e selecionados por indivíduos semelhantes.
- **Pertinência:** o material a ser analisado deve ser pertinente ao conteúdo e aos objetivos previstos.

É nesta fase que é feita a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores. Os índices representam palavras, frases ou parágrafos relacionados a um determinado tema e que se destacam nos textos por estarem em consonância com os objetivos da pesquisa. Identificar e destacar os índices, segundo Bardin (2009), significa efetuar recortes desses elementos do texto (referenciação dos índices). Já os indicadores representam a frequência com que os índices aparecem no texto. Tanto a referenciação dos índices quanto a elaboração dos indicadores servem de referência para a análise do conteúdo e sua interpretação final. Neste estudo, por exemplo, um dos itens discursivos presentes no formulário dos egressos solicitava que os mesmos autoavaliassem a sua atuação na linha de frente da pandemia de Covid-19. Durante a análise das respostas, observou-se que a “falta de experiência” foi uma sentença que constou em muitas respostas. Nesse caso, por ter se destacado e por estar em conformidade com um dos objetivos da pesquisa, foi considerada como um índice e o número de vezes que a mesma apareceu nas respostas dos participantes representou um indicador.

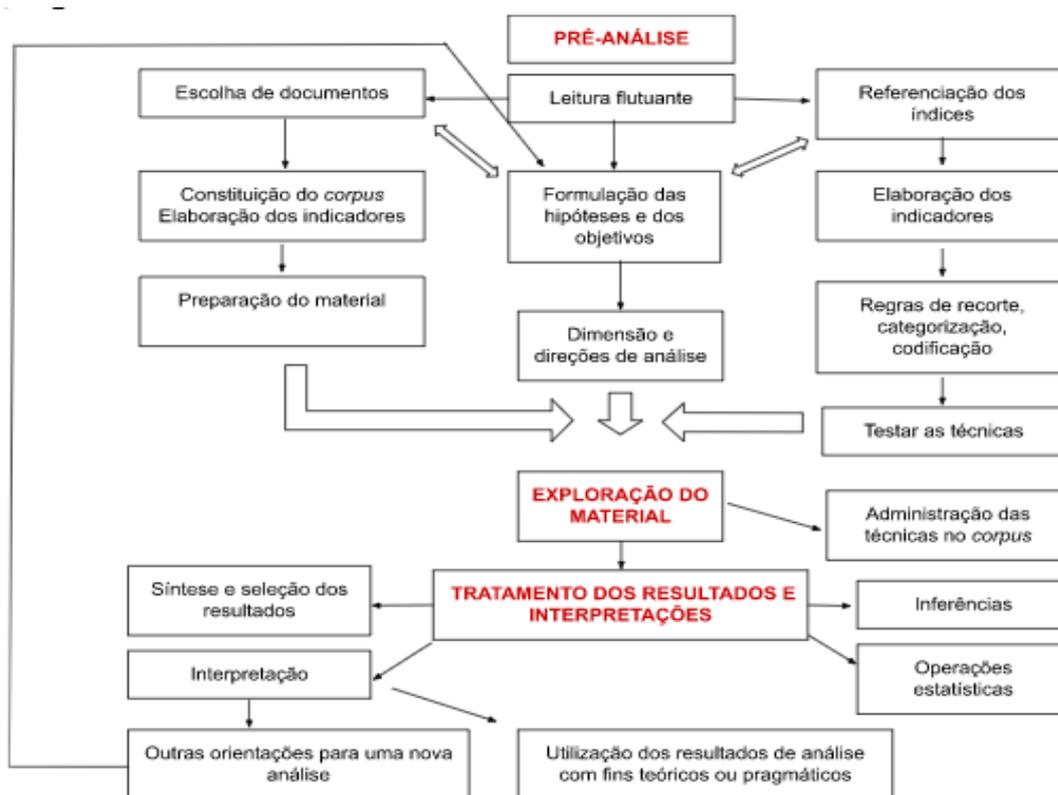
2) Exploração do Material: fase em que os dados brutos serão analisados, sendo o texto recortado (codificado) em unidades de registro (palavras, sentenças, frases, parágrafos) por meio de regras de enumeração que representam o modo como essas unidades são contadas. Segundo Bardin (2009), é possível utilizar várias formas de enumerações, como presença ou ausência de elementos; intensidade; direção; ordem; co-ocorrência e a frequência que uma unidade de registro aparece no texto, sendo que quanto maior a frequência da aparição de uma unidade maior a sua importância. Esta última é, geralmente, a mais utilizada, sendo inclusive a adotada no presente estudo.

As unidades de registro, por sua vez, serão agrupadas tematicamente (temas correlatos) em categorias iniciais e reagrupadas em categorias intermediárias e finais, as quais possibilitarão a interpretação e as inferências.

As categorias podem ser definidas como grandes enunciados que abarcam um número variável de temas, segundo seu grau de intimidade ou proximidade, que exprimem significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos de estudo. Além disso, podem ser divididas em **apriorísticas e não apriorísticas**. A primeira é

definida quando o(a) pesquisador(a) já possui categorias pré-determinadas. Geralmente de larga abrangência e que podem comportar subcategorias que emergem do texto. Em contrapartida, a segunda categoria emerge totalmente do contexto das respostas dos sujeitos, não perdendo de vista os objetivos da pesquisa. Na FIG. 1 está esquematizado o processo para o desenvolvimento da análise de conteúdo.

Figura 1 – Desenvolvimento da análise de conteúdo



Fonte: Adaptada da autora Bardin (2009)

3) Tratamento dos resultados: fase da inferência e da interpretação dos dados. Nessa fase, o objetivo é tornar significativo e válido o resultado encontrado. Para tanto, retorna-se ao referencial teórico para embasar as análises e dar sentido às interpretações e inferências, tendo em vista os objetivos previstos pela pesquisa.

No presente estudo, a análise do conteúdo foi realizada segundo os preceitos de Bardin (2009), abrangendo as três etapas. Em um primeiro momento, foi feita uma análise preliminar do conteúdo dos roteiros das entrevistas com leituras e releituras exaustivas do material e sua posterior organização, caracterizando-se o início do processo de imersão nos dados coletados. Em seguida, procedeu-se à seleção do material que faria parte da pesquisa por meio da construção dos índices, ou seja, fazendo-se os recortes dos

elementos de destaque no texto; e dos indicadores, sempre em consonância com os objetivos da pesquisa e visando responder a pergunta que a norteou.

Na segunda fase da análise (exploração do material), foram realizados recortes do texto (codificação) em unidades de registro representadas por palavras, expressões e frases que, por sua vez, foram agrupadas em categorias iniciais, intermediárias e finais obedecendo a regra das semelhanças temáticas, caracterizando o processo de categorização.

7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo se iniciou após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unifenas. As pesquisadoras estiveram comprometidas em manter o sigilo da identificação dos participantes, em cumprimento às normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde referente à “garantia de sigilo que assegura a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confiáveis envolvidos na pesquisa” e todas as demais normas e diretrizes reguladoras exigidas.

A pesquisa não ofereceu nenhum risco físico aos seus participantes. Houve a possibilidade de risco de constrangimento ao responder os roteiros de perguntas. Todavia, não foram feitas perguntas sobre os aspectos pessoais dos participantes. Também existiu um risco potencial relacionado ao cansaço ao responder as perguntas. Porém, tal risco foi bastante reduzido, uma vez que os roteiros foram disponibilizados e realizados de forma on-line, a fim de que o participante pudesse escolher o horário e o local conforme lhe fosse mais conveniente. Além disso, a escolha da disponibilização dos roteiros on-line levou em consideração a atual situação sanitária mundial (pandemia de Covid-19) ainda em vigência e, portanto, se faz necessário o cumprimento das orientações de distanciamento social da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Em virtude do uso do ambiente virtual para se responder os roteiros, houve um risco mínimo de reconhecimento da identidade do participante e perda da confidencialidade dos seus dados de identificação, uma vez que houve necessidade de inseri-los para registro no TCLE. Também existiu a possibilidade de exposição dos dados de forma invasiva por meio da ação de hackers. Para minimizar esses riscos potenciais, os dados do TCLE e dos questionários foram devidamente arquivados em um HD externo, que permanece em posse da pesquisadora principal, sob segurança rígida e domiciliar, protegido por senha única para acesso ao conteúdo. Também foi orientado ao participante salvar uma cópia do conteúdo. Ressalta-se que somente as pesquisadoras tiveram acesso ao banco de dados e ao conteúdo das respostas dos roteiros.

Os participantes tiveram suas identidades mantidas em sigilo absoluto e as mesmas não constam nos resultados da pesquisa. Para preservar o anonimato na apresentação dos trechos transcritos dos roteiros de entrevistas, foi realizada a codificação dos entrevistados, sendo padronizada a letra “E” para egressos e “M” para médicos

experientes, seguido da numeração do participante em algarismos arábicos de acordo com a ordem cronológica de resposta dos roteiros.

O TCLE foi disponibilizado no formato on-line na plataforma *googledocs* e foi enviado previamente ao participante no e-mail convite para a participação da pesquisa (APÊNDICES A e B). O participante pôde acessá-lo integralmente por meio de um link e nele continham todas as informações sobre o estudo, para que o mesmo pudesse ler e compreender os objetivos da pesquisa. Após essa etapa, o participante pôde avaliar a sua anuência, a qual foi manifestada por meio da marcação da opção SIM no roteiro disponibilizado.

A marcação da resposta SIM pelo participante representou sua assinatura no TCLE de forma eletrônica e concordância com a sua inclusão no estudo, equivalente à sua rubrica nas páginas do TCLE e sua assinatura na última página. Foi recomendado que o participante gravasse uma cópia do documento. Caso o convidado não concordasse em participar do estudo, bastaria assinalar a alternativa NÃO sem qualquer prejuízo para o indivíduo, assegurado pelo termo de compromisso dos pesquisadores.

Após o envio do roteiro, o participante foi informado que poderia, eventualmente, ser contactado pelas pesquisadoras para possíveis esclarecimentos relacionados à alguma resposta que pudesse apresentar um texto de difícil compreensão e também para possíveis questionamentos acerca de aspectos do estudo que precisassem ser aprofundados, conforme julgassem necessário.

Não houve benefícios diretos para o participante. Contudo, a compilação dos dados a partir da participação na pesquisa contribuiu com a possibilidade de aprimoramento das estratégias de ensino teórico e prático nas universidades voltadas para uma melhor formação do médico generalista, tendo como base a análise dos resultados relacionados à percepção dos pesquisados acerca da formação dos egressos no contexto da pandemia de Covid-19, foco da presente pesquisa. Dessa forma, poderá ser capaz de beneficiar indiretamente futuros alunos deste curso, além do potencial benefício de utilização dessas estratégias de ensino por outras instituições de ensino superior.

Foi permitido ao participante se retirar da pesquisa em qualquer etapa sem nenhum ônus.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

8.1 Caracterização da amostra

A pesquisa contou com a participação de 24 médicos egressos e 6 médicos mais experientes. Previamente ao início da análise de conteúdo propriamente dita, foi realizada a caracterização da amostra de cada grupo contemplando as variáveis sociodemográficas que estão apresentadas nas TAB. 1 e 2.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos médicos egressos
(Continua)

Características	Divisões das Características	Frequência absoluta (N= 24)	Percentual (%)
Sexo	masculino	15	62,5
	feminino	9	37,5
	sem desejo informar	—	—
Idade etária (anos)	Até 25	1	4,3
	de 26 a 29	17	74
	30 ou mais	6	21,7
Estado civil	casado (a)	3	8,7
	solteiro (a)	21	91,3
	estado não estável	—	—
	viúvo (a)	—	—
Número de filhos	1	2	8,3
	2 ou mais	22	91,7
Renda familiar (nº de salários mínimos)	menor que 10	1	16,7
	de 10 a 20	7	33,3
	de 20 a 30	16	33,3
	maior que 30	—	16,7
Número de atendimentos de emergência em 2019	1	17	71
	2 ou mais	7	29
Número de atendimentos de emergência em 2020 em relação ao período pré-pandemia*	sem alteração	15	62,5
	diminuído	5	20,8
	alterado	4	6,7
	sem informação	—	—

Mês/ano de formatura	02/2019	1	4,1
	2020	3	12,5
	2020	5	20,8
	2021	9	37,5
	2021	6	25

Instituição de graduação	fenas BH		
	fenas	10	41,7
	enas	3	12,5
	ninas	6	25
	. BH	1	4,2
	ncias	1	4,2
	dicas	3	12,5

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: *100% dos participantes responderam sim a ter tido histórico de Covid em pessoas de convívio próximo.

No grupo dos médicos egressos, notou-se uma predominância de respondedores do sexo feminino (67,5%). A média de idade apresentada foi de 29 anos e a maioria se declarou solteiro, sem filhos e com renda superior a 10 salários mínimos. A minoria dos participantes (33,3%) referiu participar de atividade ou grupo de caráter religioso incluindo grupos de oração e missa, Catolicismo, Renovação Carismática Católica, Logosofia, Espiritismo e Igreja Evangélica (Célula, Igreja Batista Central).

Um aspecto importante a ser destacado é o alto percentual de indivíduos que evoluíram com infecção pelo coronavírus durante sua atuação na linha de frente no combate à Covid-19, correspondendo a 71% dos egressos. Situação semelhante foi também relatada por Vedovato *et al.* (2021):

Com o avanço dos casos de COVID-19 e a intensificação do trabalho na área da saúde, apresenta-se um cenário preocupante e adoecedor para esses(as) profissionais. Em muitos relatos de trabalhadores(as) e de representantes de sindicatos de diferentes categorias foi destacado o número de trabalhadores(as) afastados(as). Em alguns lugares do país representavam a metade dos casos do município. (VEDOVATO *et al.*, 2021, p. 2 e 10).

Constatou-se, ainda, que 100% dos egressos relataram infecção pelo coronavírus em indivíduos do seu convívio próximo, sendo que, na maioria dos casos (62,5%), o quadro clínico apresentado foi considerado leve, o que corresponde aos dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, os quais informam que, além do percentual de assintomáticos entre os indivíduos com a Covid-19, cerca de 80% apresentam doença leve, 14% doença grave e 5% são casos críticos (ISER, 2020).

Com relação à formação acadêmica dos egressos, a maioria deles cursou medicina na Unifenas BH (41,7%). As demais instituições mencionadas foram a Unifenas Alfenas, Faminas, UniBH- Centro Universitário de Belo Horizonte e a Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG). Uma pequena porcentagem dos respondentes (12,5%) graduou-se em outras universidades fora do município de Belo Horizonte e da região metropolitana e incluem a Universidade de Itaúna (UI) e Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), ambas em Minas Gerais (MG), e Universidade de Vila Velha (UVV) no Espírito Santo (ES). Era esperado que a grande maioria dos médicos egressos fossem oriundos da Unifenas BH e da Unifenas Alfenas, haja vista que o acesso aos participantes desse grupo foi obtido por meio de contatos pessoais ou indicações de professores da Unifenas.

Salienta-se que um participante graduou-se no ano de 2019; entretanto, o mesmo iniciou suas atividades profissionais em 2020, ano em que foi declarada a pandemia de Covid-19 pela OMS.

Quanto aos locais de atuação dos egressos durante o período pandêmico, os mesmos se encontram descritos no QUADRO 1.

Quadro 1 - Locais de atuação dos egressos

(Continua)

EGRESSOS (E)	INSTITUIÇÕES DE ATUAÇÃO NA PANDEMIA
E1	Centro de Atendimento à Covid-19 de Itabirito (MG); Hospital de Campanha de Canaã dos Carajás no Pará (PA)
E2	Centro de Saúde Carioca - Rio de Janeiro (RJ)
E3	PA JK (MG); UPA Petrolândia (MG); Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro (MG)
E4	PA de Ressaca e UPA de Vargem das Flores ambas em Contagem (MG)
E5	Hospital Manoel Gonçalves (MG); Hospital Vera Cruz (MG); Hospital Unimed BH; Santa Casa de Misericórdia de BH
E6	Centro de Saúde de Perdões (MG)
E7	Santa Casa de Belo Horizonte (MG)
E8	BS Riacho (MG)

Quadro 1 - Locais de atuação dos egressos

(conclusão)

EGRESSOS (E)	INSTITUIÇÕES DE ATUAÇÃO NA PANDEMIA
E9	PA de Conceição do Mato dentro (MG)
E10	PA de Vespasiano (MG)
E11	Centro de Saúde Jaqueline (MG) e UPA Odilon Behrens (MG)
E12	Centro de Saúde Carlos Prates (MG)
E13	GNDI (SP) e IAMSPE (SP)
E14	Hospital João XXIII (MG)
E15	Hospital de Alfenas (MG)
E16	Hospital Regional do Mato Grosso do Sul (MS); Hospital Municipal de Rio Brillhante (MS); Aquidauana (MS)
E17	PA Sentinela Covid-19 de Pará de Minas (MG); P. A. Municipal de Juatuba (MG); Hospital Manoel Gonçalves de Itaúna (MG); Hospital Felício Rocho (MG)
E18	PA Botafogo (RJ); Clínica da Família Otto Alves de Carvalho (RJ)
E19	PA Campo Comprido em Curitiba (PR); UTI do Hospital São Lucas - Curitiba-PR; Centro de Combate ao Coronavírus em Araucária (PR)
E20	Hospital Municipal de Jequitinhonha (MG); P. S. do Hospital Mater Dei Betim-Contagem (MG)
E21	Centro de Saúde Vera Cruz (MG)
E22	PA Nova Lima (MG)
E23	Santa Casa de Misericórdia de São João Del Rei (MG)
E24	Clínica dos Acidentados de Vitória (ES); Hospital Estadual de Urgência e Emergência; Clínica dos Acidentados de Vitória; Hospital Meridional Cariacica (ES), Hospital São Camilo (ES), Hospital Estadual Dório Silva (ES)

Fonte: Elaborado pela autora

Legenda: UPA = Unidade de Pronto Atendimento; JK = Juscelino Kubitschek; UTI = Unidade de Terapia Intensiva; PS = Pronto Socorro; PA = Pronto Atendimento; GNDI = Grupo NotreDame Intermédica; IAMSPE = Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo; MG = Minas Gerais; BH = Belo Horizonte; RJ = Rio de Janeiro; SP = São Paulo; PR = Paraná; PA = Pará; MS = Mato Grosso do Sul; ES = Espírito Santo.

O grupo dos médicos experientes, a exemplo do grupo dos egressos, foi majoritariamente composto por participantes do sexo feminino (66,7%), solteiros (66,7%), sem filhos (66,7%) e com renda familiar de até 20 salários mínimos (66,6%). A idade média apresentada foi 37,6 anos e o tempo médio de experiência foi de 13 anos conforme descrito no TAB. 2.

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico dos médicos experientes

Características	Divisões das Características	Frequência absoluta (N= 6)	Percentual (%)
Sexo	masculino	4	66,7
	feminino	2	33,3
	sem desejo informar	—	—
Idade etária (anos)	até 35	2	33,3
	de 36 a 39	3	50
	40 ou mais	1	16,7
Estado civil	solteiro (a)	2	33,3
	casado (a)	4	66,7
	divorçado (a)	—	—
	viúvo (a)	—	—
Número de filhos	1	2	33,3
	2 ou mais	4	66,7
Renda familiar (nº de salários mínimos)	até 10	1	16,7
	de 11 a 20	2	33,3
	de 21 a 30	2	33,3
	acima de 30	1	16,7
Ano de graduação	2001	2	33,3
	2009	1	16,7
	2011	1	16,7
	2013	1	16,7
	2017	1	16,7

Fonte: Elaborado pela autora

No QUADRO 2, se encontram descritos os locais nos quais os médicos experientes atuaram durante a pandemia.

Quadro 2 - Locais de atuação dos médicos experientes

(Continua)

MÉDICOS EXPERIENTES (M)	INSTITUIÇÕES DE ATUAÇÃO NA PANDEMIA
M1	Hospital Metropolitano Odilon Behrens (MG)
M2	Hospital Municipal Madalena Parrillo Calixto (MG); Hospital Metropolitano Odilon Behrens (MG)
M3	AME UTI de Campanha em Franca (SP); UPA/PA de Urgência em Franca (SP); UTI de Campanha em Casa Branca (SP)

Quadro 2 - Locais de atuação dos médicos experientes

(conclusão)	
MÉDICOS EXPERIENTES (M)	INSTITUIÇÕES DE ATUAÇÃO NA PANDEMIA
M4	Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (SP)
M5	Hospital Metropolitano Odilon Behrens (MG)
M6	HPA Santarém (PA) e Hospital de Campanha de Santarém (PA)

Fonte: Elaborado pela autora

Legenda: AME = Ambulatório Médico de Especialidades

1.1 Categorização

Após a avaliação dos dados sociodemográficos dos participantes, prosseguiu-se com a análise do conteúdo das respostas referentes à atuação dos egressos na pandemia, bem como sua formação acadêmica. Nesse sentido, foi realizada a categorização temática, sendo as categorias finais divididas em: 1- Atuação e 2- Formação acadêmica. Tal categorização foi desenvolvida a partir das falas dos participantes e se encontra representada no QUADRO 3.

Quadro 3 - Categorização da análise de conteúdo

(Continua)

Unidades de Registro	Categorias Iniciais	Categorias Intermediárias	Categorias Finais
1. Pós vacina 2. Pré e pós vacina	Fase de trabalho ante a pandemia	Perfil dos pacientes atendidos	
Grau leve Grau moderado Todos os níveis	Nível de gravidade dos pacientes atendidos	Perfil dos pacientes atendidos	

6. Internação 7. Prescrição Transporte de pacientes 9. Avaliação clínica Procedimentos invasivos 11. IR / PCR 2. Ventilador Mecânico	Situações que demandaram auxílio do médico experiente	Percepção do desempenho na linha de frente da pandemia	
13.Satisfação com o atendimento prestado 14.Insatisfação com o atendimento prestado	Autoavaliação dos atendimentos de Covid-19 e avaliação do egresso pelo médico experiente		
Aprendizado na prática Reconhecimento da equipe Responsabilidade Gratificante Crescimento pessoal e profissional Sentimentos Negativos na linha de frente	Experiência na linha de frente da Covid-19	Impactos pessoais e profissionais da pandemia	iação
Sentimentos positivos durante os atendimentos Sentimentos Negativos durante os atendimentos	Sentimentos nos atendimentos de Covid-19		
Cursos de aperfeiçoamento prático	Atividades extracurriculares	Identificação das lacunas do ensino médico	mação acadêmica
Déficit no ensino procedural (IOT, acessos) Comunicação médico x paciente x familiares Divergências entre os mundos acadêmico e real Comprometimento dos estágios de urgência Aprendizado durante a prática médica (relativo à Covid)	Deficiências Práticas na Universidade		
Aumento da carga horária no PS e UTI Intensificar o treinamento de procedimentos Incentivar a atuação dos alunos nos ambulatórios/estágios	Adequações curriculares sugeridas		

Déficit teórico em urgência e terapia intensiva
Subdimensionamento da Covid-19 por parte
dos docentes
Irrelevância de aspectos teóricos da Covid-19
no tratamento

Deficiências Teóricas
na Universidade

Legenda: IOT= Intubação orotraqueal; PS= Pronto Socorro; UTI= Unidade de Terapia Intensiva
Fonte: elaborado pela autora

8.1.1 Atuação dos egressos e dos médicos experientes

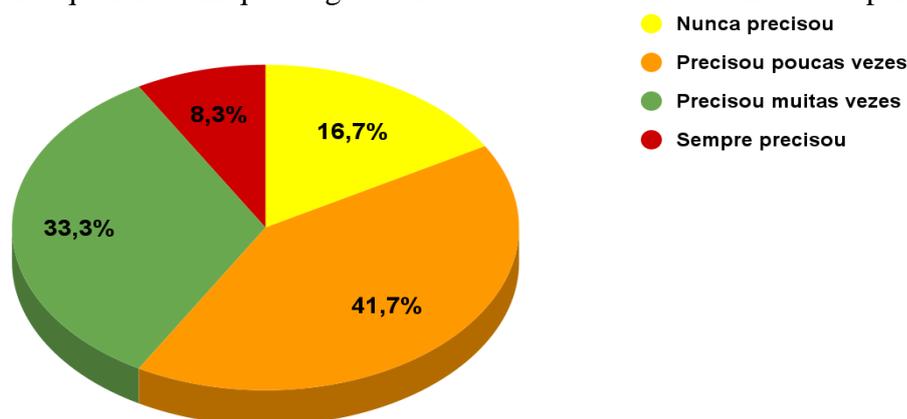
Nesta categoria foram abordadas questões que abrangeram a atuação propriamente dita dos médicos egressos bem como os aspectos emocionais envolvidos nesse contexto. Em outras palavras, foi realizada a análise concreta e subjetiva da participação dos egressos na linha de frente da Covid-19 para melhor compreensão das experiências vivenciadas por eles durante esse período. Desse modo, as categorias iniciais correspondentes à categoria final “Atuação” foram representadas pela fase de trabalho durante a pandemia (pré vacina, pós vacina ou ambos), nível de gravidade dos pacientes atendidos, situações com demanda de auxílio do médico mais experiente, autoavaliação dos atendimentos de Covid-19, experiência na linha de frente da Covid-19 e os sentimentos gerados a partir dos atendimentos de pacientes com Covid-19.

8.1.2 Percepção do desempenho na linha de frente da pandemia

8.2.1.1.1 Situações que demandaram auxílio

Com o objetivo de avaliar a performance dos egressos nos atendimentos, foi questionado se, em algum momento, houve necessidade por parte deles de auxílio de algum médico mais experiente. Somente 4 participantes (16,7%) alegaram nunca terem necessitado de auxílio; 10 (41,7%) necessitaram poucas vezes; 8 (33,3%) precisaram muitas vezes e 2 egressos (8,3%) relataram sempre ter necessitado de auxílio. A frequência com que o egresso necessitou do auxílio do médico experiente está demonstrada no GRAF. 1.

Gráfico 1 – Frequência com que o egresso necessitou de auxílio do médico experiente



Fonte: elaborado pela autora

Frente aos dados apresentados no GRAF. 1, tornou-se necessário e fundamental estabelecer a relação entre a frequência com que o egresso necessitou do auxílio do médico experiente e o nível de gravidade dos pacientes atendidos por eles, a fim de se buscar compreender se as dificuldades apresentadas pelos egressos é compatível com o nível de complexidade dos pacientes atendidos. Tais informações são de suma importância, haja visto que, por meio delas, é possível analisar aspectos relacionados ao processo de ensino-aprendizagem da graduação médica que, por ventura, possam estar contribuindo para a dificuldade de atuação dos egressos. Os dados referentes a essa análise estão apresentados na TAB. 3.

Tabela 3 - Frequência com que os egressos necessitaram do auxílio do médico experiente em relação ao nível de gravidade dos pacientes atendidos pelos egressos

Frequência da necessidade do auxílio	Número de egressos (n= 24)	Nível de gravidade dos pacientes atendidos
Nunca precisou	2	Leve
	2	Todos
Precisou poucas vezes	4	Leve
	3	Moderado
	3	Todos
	1	Leve
Precisou muitas vezes	7	Todos
	2	Todos

Fonte: elaborado pela autora

Analisando-se a TAB. 3, nota-se que nenhum dos egressos, aparentemente, necessitou de auxílio para manejo exclusivamente dos casos graves.

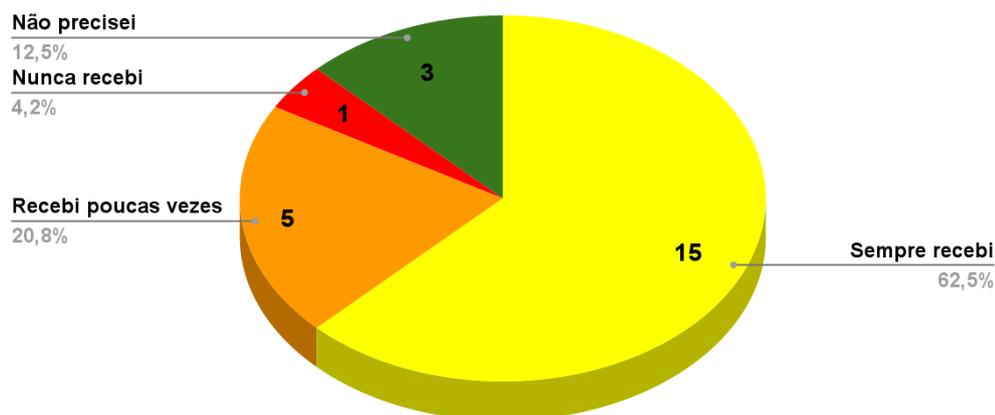
Em uma análise inicial das respostas dessa questão no roteiro de entrevista, esperava-se que aqueles que declararam nunca terem precisado de auxílio, tivessem um bom desempenho, principalmente no atendimento dos casos moderados e graves, os quais exigem maior mobilização do conhecimento e das habilidades adquiridas durante o

período da graduação. Todavia, essa expectativa foi correspondida somente com 2 dos 4 egressos, uma vez que os outros dois atenderam somente a casos leves e, portanto, não é possível concluir se eles teriam o mesmo desempenho nos casos considerados moderados e graves. Uma outra hipótese que poderia justificar o desempenho aquém do esperado por parte desses dois últimos egressos, seria o fato dos mesmos não terem achado necessário o auxílio do médico mais experiente quando, na verdade, essa ajuda teria sido importante.

A necessidade de auxílio no atendimento a pacientes com quadro clínico considerado “Leve”, incluindo aqueles egressos que informaram terem necessitado de ajuda em “Todos” os níveis de complexidade, uma vez que os casos leves estão inseridos nesse escopo, é preocupante, já que, segundo as Diretrizes Nacionais Curriculares (BRASIL, 2014), espera-se que, ao concluir a graduação, o egresso seja capaz de atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde com ênfase no primário e secundário. Essa problemática se torna ainda maior à medida que a frequência da necessidade de ajuda do médico experiente aumenta. Todavia, deve-se considerar que o desconhecimento sobre a Covid-19 no início da pandemia disseminou a sensação de insegurança nos profissionais da saúde, desde os recém formados até os mais experientes e tal fato pode estar relacionado a essa maior demanda dos egressos por auxílio.

Os egressos também foram questionados quanto à ajuda recebida dos médicos experientes. A grande maioria (62,5%) sempre recebeu auxílio quando solicitado; 4,2% (1 participante) nunca recebeu ajuda do médico experiente porque nunca necessitou; 12,5% (3 participantes) não necessitaram de auxílio e 20,8% (5 participantes) receberam poucas vezes, sendo que estes alegaram ter necessitado poucas vezes do auxílio do médico experiente. Esta última situação, especificamente, gerou inicialmente uma certa dúvida se esses participantes haviam recebido poucas vezes a ajuda dos médicos experientes porque, de fato, necessitaram poucas vezes e, nesse caso se enquadrariam na resposta “Sempre recebi”, ou se mesmo necessitando poucas vezes desse auxílio, ainda existiram situações em que não foram auxiliados quando solicitaram. Entretanto, na questão seguinte, foi indagado àqueles que eventualmente não tivessem recebido ajuda do médico experiente mesmo o tendo solicitado, a opinião dos mesmos sobre o motivo pelo qual tal fato ocorreu e apenas uma participante respondeu a esse questionamento, atribuindo à indiferença dos médicos experientes a causa de não ter obtido auxílio. A frequência com que o egresso recebeu o auxílio do médico mais experiente está demonstrada no GRAF. 2.

Gráfico 2 – Frequência com que o egresso recebeu auxílio do médico mais experiente

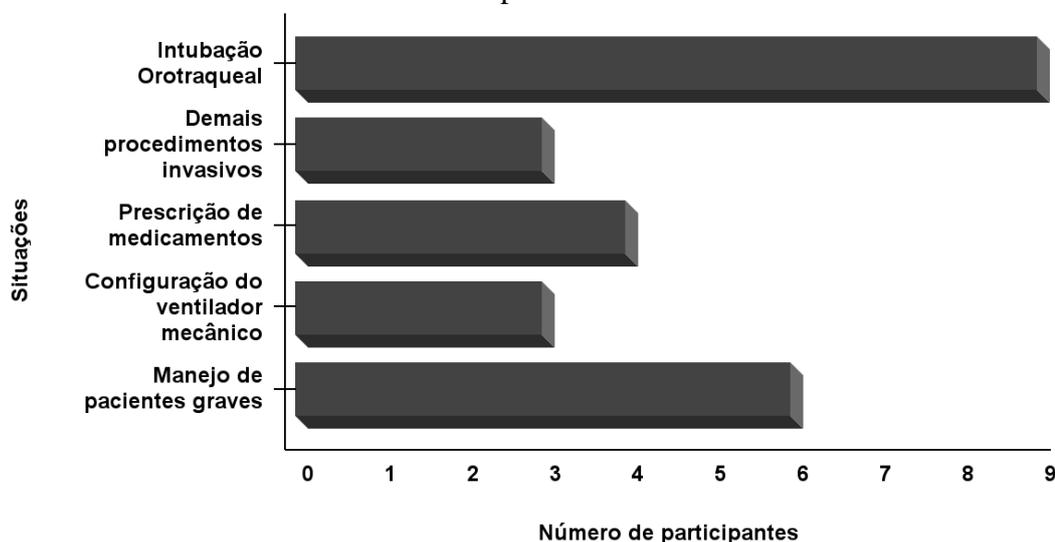


Fonte: elaborado pela autora

De acordo com Teagle *et al.* (2017), em um estudo realizado no Reino Unido, a grande parte dos médicos recém graduados naquele país se sentem despreparados para a prática médica. Embora eles possam se sentir preparados para tarefas básicas, como anamnese e exame físico, a falta de exposição a situações clínicas na universidade os deixa mais despreparados para situações mais complexas como tratamento de pacientes graves, realização de prescrições, administração adequada da carga de trabalho e condução dos plantões.

Foi observado que dentre as situações que levaram o egresso a solicitar auxílio do médico experiente, a principal relatada foi a realização de procedimentos invasivos, sobretudo, a IOT (intubação orotraqueal) para manejo do paciente com Insuficiência Respiratória e outros como acesso venoso central e monitorização da PIA (Pressão Intra Abdominal). Outras situações descritas foram as relacionadas à configuração do Ventilador Mecânico (VM), condução de Parada Cardiorrespiratória (PCR), avaliação da gravidade do paciente e conduta clínica, prescrição de medicamentos, incluindo antibióticos, analgésicos e os de infusão contínua e transporte de pacientes intra e inter-hospitalar. As principais situações enfrentadas pelos egressos que demandaram o auxílio do médico mais experiente podem ser observadas no GRAF. 3.

Gráfico 3 – Principais situações enfrentadas pelos egressos que demandaram o auxílio do médico experiente



Fonte: elaborado pela autora

Esses resultados revelam as dificuldades que os recém formados apresentam ao ingressarem no cenário clínico e que foram potencializadas na pandemia em virtude da maior ansiedade e insegurança geradas por ela, indo de encontro com resultados obtidos em outros estudos. Segundo a pesquisa exploratória de Freitas, Ribeiro e Barata (2018) existe um possível “gap” na área de habilidades práticas na graduação médica, gerando nos alunos sentimentos como insegurança e ansiedade, como é evidenciado na fala de dois participantes daquele estudo:

Com certeza eu me sinto despreparado para urgência e emergência, mesmo com internato, não colocamos a mão na massa. A gente aprende muita coisa na teoria, a gente até faz algumas coisas, assiste alguns procedimentos, mas são situações também mais difíceis, mais estressantes, então vai ser difícil a pessoa conseguir fazer sem nunca ter feito antes. (FREITAS; RIBEIRO; BARATA, 2018, p. 7).

A gente forma muito inseguro, querendo ou não a gente sai muito cru da faculdade, a verdade é essa, a gente passa pelas cadeiras para ter uma noção, mas, pelo fato de a gente não ter tanta autonomia assim, a gente faz as coisas, mas a gente sempre tem um feedback atrás, uma pessoa te olhando, uma pessoa às vezes até interrompendo o que você tá fazendo [...] (FREITAS; RIBEIRO; BARATA, 2018, p. 5).

Estima-se que o ambiente de urgências será vivenciado por 70% dos médicos recém-formados, vinculados ou não em programas de residência médica (RODERJAN *et al.*, 2021). Segundo Gomes *et al.* (2010), todo médico deveria saber realizar, ao menos, alguns procedimentos que permitam salvar a vida em situações de emergência. Dentre

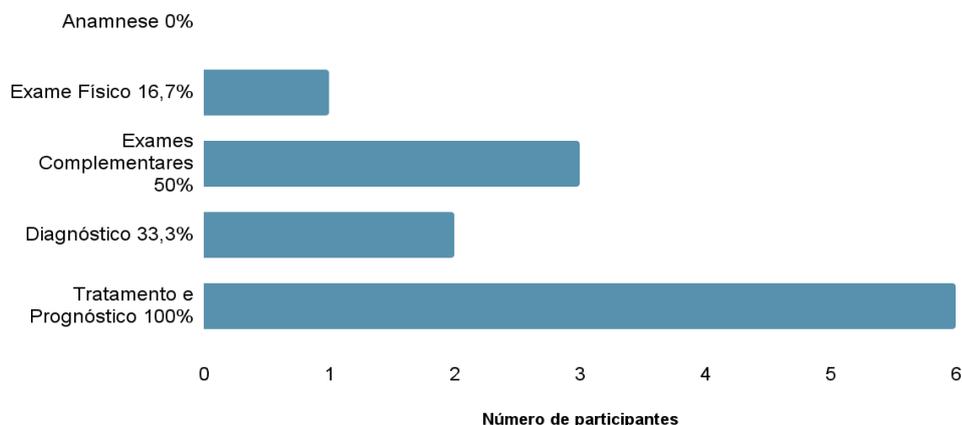
eles, sobressai a intubação orotraqueal, necessária quando da realização do suporte avançado de vida. Entretanto, ao se analisar o gráfico 3, observou-se que, no presente estudo, a intubação orotraqueal foi a situação que mais exigiu auxílio de um médico mais experiente por parte dos egressos, o que é preocupante considerando-se que, em algum momento durante a sua atuação na prática clínica, esses profissionais provavelmente irão se deparar com pacientes que necessitarão ser submetidos a este procedimento.

Hawkins *et al.* (2021) realizaram um estudo observacional no Reino Unido com o objetivo de investigar o motivo pelo qual os médicos recém graduados se sentiam despreparados para a prática clínica, elencando as principais áreas nas quais os recém graduados se sentem despreparados. São elas:

- a) realização de prescrições com segurança;
- b) raciocínio clínico e realização de diagnósticos;
- c) diagnóstico e manejo de emergências médicas;
- d) gerenciamento de erros e incidentes de segurança;
- e) compreensão do ambiente de enfermagem;
- f) gerenciamento do tempo;
- g) questões éticas e legais;
- h) trabalho em equipe multidisciplinar

Deve-se ressaltar que o egresso, assim como os demais profissionais da saúde, foi submetido a uma grande carga de trabalho, principalmente no período pré-vacinal. Tal fato, associado às dificuldades enfrentadas pelo profissional em início de carreira, à falta de conhecimento e às incertezas sobre a Covid-19 provocaram uma maior sensação de insegurança e despreparo nos egressos. Nesse sentido, o auxílio ou até mesmo o apoio de um profissional mais experiente pode ter sido um diferencial na conduta médica do egresso. Diante disso, os médicos experientes também foram indagados se, em algum momento, foram solicitados por um egresso a auxiliá-lo no manejo de algum paciente com Covid-19. Metade deles afirmou sempre ter sido solicitado; 33,3% poucas vezes solicitado e 16,7% muitas vezes solicitado. No GRAF. 4 estão descritas as áreas de maior dificuldade do egresso no atendimento ao paciente com Covid-19 na visão do médico experiente.

Gráfico 4 – Área de maior dificuldade do egresso no atendimento ao paciente com Covid-19 na visão do médico experiente



Fonte: elaborado pela autora

As situações citadas pelos médicos experientes, nas quais essa problemática se tornou mais evidente e que estão alinhadas com os resultados obtidos por Hawkins *et al.* (2021), já citados anteriormente, incluíram dificuldades:

- a) na realização de procedimentos como acesso venoso central e IOT;
- b) na relação com a equipe auxiliar - demonstração de insegurança, falta de comando e submissão;
- c) na avaliação da gravidade da doença;
- d) na avaliação de tomografia, prescrição de medicamentos (incluindo as doses), indicação de VNI (Ventilação Não Invasiva);
- e) na conduta frente ao paciente grave;
- f) no reconhecimento e tratamento das complicações associadas à Covid-19, como infecções bacterianas secundárias e embolia pulmonar.

A dificuldade em realizar prescrições de medicamentos foi mencionada em ambos os grupos, fato esse também descrito em outros estudos em muitos países. Geoghegan *et al.* (2017) conduziram um estudo na Irlanda com o objetivo de avaliar o nível de preparação dos médicos recém graduados para realizarem prescrições médicas. Concluiu-se que somente 58% dos participantes se sentiam confiantes na realização do cálculo da dose dos medicamentos e apenas 35% se sentiam confiantes no preparo e na administração das drogas. Menos da metade dos entrevistados se sentiam confiantes em prescrever analgésicos opiáceos e drogas sedativas endovenosas. Entretanto, quando a via de administração dessas mesmas drogas era a oral, a taxa de confiança foi significativamente maior. Segundo os autores, em vários estudos já realizados, foi evidenciado que os médicos recém formados eram responsáveis pelo maior número de

erros em prescrições de medicamentos se comparado com médicos com maior experiência. Tal fato tem relação com fatores individuais como a falta de conhecimento do prescritor e a confiança equivocada quanto à competência em prescrever. Vale ressaltar que o presente estudo não avaliou a acurácia das prescrições até porque não havia sido definida a conduta medicamentosa adequada para a propedêutica dos pacientes com quadros leves de Covid-19.

Por meio da análise das situações descritas pelos médicos experientes, nota-se que elas se convergem com as situações de dificuldades anteriormente relatadas pelos egressos. Além disso, elas estão em consonância com a literatura no tocante à prática clínica do egresso em cenários de urgência principalmente, onde são necessárias habilidades práticas para o manejo do paciente, sobretudo, o grave. Segundo Hawkins *et al.* (2021), o número de pesquisas e publicações que descrevem sistematicamente que os médicos recém formados no Reino Unido se encontram despreparados para a prática clínica vêm aumentando nos últimos 20 anos. Esses achados associados ao cenário de pandemia de doença nova geraram, provavelmente, maior desgaste, ansiedade e insegurança nos egressos ainda muito inexperientes.

Nesse contexto, torna-se pertinente a análise em conjunto dos resultados desse estudo e das DCN no que se refere à formação médica. As DCN propõem que a formação do profissional médico deve ser baseada na matriz de competências. Segundo Brasil (2014), define-se por competência “a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis; é também a capacidade de ter iniciativas e ações que traduzam desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentem à prática profissional em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica”. A descrição das competências propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2014) se encontra em anexo no APÊNDICE F.

As matrizes curriculares, que representam as diretrizes que definem e norteiam a atuação pedagógica de uma instituição de ensino e fazem parte do seu projeto político pedagógico, em geral, não conseguem apresentar com clareza os conteúdos prioritários no processo de formação profissional. Desta forma, torna-se difícil para os estudantes diferenciar o que é central do que é secundário, uma vez que seus “modelos” – os docentes – também encontram dificuldades em estabelecer prioridades em seus planos de ensino (GONTIJO, 2013). Tal fato também contempla a aplicação do ensino de Urgências e Emergências, uma vez que as DCNs não definem de forma concreta como esta deve ser

feita, apontando apenas a necessidade de o 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” (RODERJAN *et al.*, 2021). Portanto, no contexto prático, as DCN não estabelecem de forma específica e objetiva as competências necessárias para atuação do médico egresso nos cenários de urgência e emergência. Este é um ponto bastante polêmico: afinal, quais são as habilidades necessárias ao egresso da escola médica? Ao médico generalista? (GOMES *et al.*, 2010). As habilidades técnicas podem ser diferenciadas, inicialmente, em dois tipos: (1) aquelas que todo médico deve possuir e (2) as que são esperadas apenas dos respectivos especialistas. Embora não haja um consenso formal sobre a discriminação dos dois conjuntos de habilidades específicas, entende-se que procedimentos de reanimação cardiorrespiratória, suturas simples, punções e drenagem de abscessos em geral podem ser reconhecidos, sem grandes discordâncias, como parte do esperado na formação geral do médico, ou melhor dizendo, da formação do médico generalista. Outras habilidades, mais específicas, como a punção pericárdica, a traqueostomia, a punção líquórica - para citar alguns exemplos -, embora precisem ser ensinadas a um bom número de profissionais, podem ou não ser incluídas no rol das habilidades de todos os médicos (GOMES *et al.*, 2010).

Gontijo *et al.* (2013), propuseram uma matriz de competências necessárias para a formação do médico generalista composta por seis grandes domínios: profissionalismo; relacionamentos interpessoais e comunicação; atenção integral à saúde da pessoa; organização de sistemas de saúde e atenção em saúde pública; gestão do conhecimento; conhecimento médico. No QUADRO 4 estão descritas algumas competências especificamente contempladas no domínio da atenção integral à saúde.

Quadro 4 - Competências necessárias para a formação do médico generalista

RACIOCÍNIO CLÍNICO	INDICAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DE EXAMES	CONDUTAS MÉDICAS ESPECÍFICAS	PROCEDIMENTOS MÉDICOS
elaborar a lista de problemas	indicar e interpretar os principais exames complementares, de acordo com a faixa etária e a situação clínica	ordenar a fase inicial da emergência médica	controlar sangramentos externos

relacionar os achados da anamnese, do exame físico e da propedêutica	licar os indicadores de sensibilidade, especificidade e valores preditivos na solicitação e interpretação de exames complementares	realizar o atendimento pré-hospitalar de primeiros socorros	realizar imobilização provisória de fraturas fechadas
construir explicações fisiopatológicas para as alterações encontradas na avaliação clínica e propedêutica	avaliar a relação custo-efetividade e o uso racional dos exames complementares	licar e realizar medidas de Suporte Básico de vida	prestar assistência inicial a vítimas de acidentes com picadas e mordeduras de animais e vítimas de amputações
formular as hipóteses diagnósticas (clínica, etiológica, fisiopatológica, epidemiológica e social)	avaliar as indicações e os riscos de procedimentos mais complexos e invasivos	realizar protocolos definidos para reconhecer e abordar as urgências mais prevalentes	realizar punção venosa central em situação de simulação
compreender os processos de tomada de decisão e resolução de problemas		realizar a classificação de risco no trauma	realizar punção venosa periférica
		licar Atendimento de suporte avançado de vida no atendimento inicial ao trauma	insserir cateter nasogástrico e vesical
			realizar procedimentos cirúrgicos ambulatoriais de baixa complexidade
			realizar cricotireoidostomia
			realizar ventilação com unidade ventilatória e máscara facial
			realizar intubação orotraqueal em situação de simulação
			realizar desfibrilador externo

Fonte: GONTIJO, *et al.* (2013)

Analisando-se as respostas dos participantes de ambos os grupos deste estudo no que se refere às situações nas quais os egressos apresentaram dificuldades e, por conseguinte, necessitaram de auxílio do médico mais experiente, é possível inferir que muitas das competências propostas pelas DCN não estão sendo construídas ou estão sendo parcialmente. Segundo Freitas, Ribeiro e Barata (2018), os estudantes de medicina desconhecem as competências estabelecidas pelas DCN. Além disso, eles compreendem o termo “competência” basicamente como a capacidade de executar determinada atividade com habilidade. Esse entendimento sugere que esses estudantes definem a competência como uma habilidade fundamentalmente procedural e não como um conceito mais amplo que envolve conhecimento, prática e atitude para resolução de casos com êxito e no qual a habilidade procedural representa apenas uma vertente da competência propriamente dita. Por outro lado, não é apenas a posse de conhecimentos que avaliza a competência, mas o uso que se é capaz de fazer dos conhecimentos frente a situações que fogem à regra. Diz respeito ao modo como se utilizam, integram e mobilizam conhecimentos (GONTIJO, 2013). Se o sujeito não for capaz de investir seus saberes com discernimento, de relacioná-los a situações, de transpô-los e enriquecê-los, eles não lhe serão muito úteis para agir. Muitas vezes, essa mobilização deve ser realizada em momentos de grande urgência, pois o profissional não tem tempo de pesquisar em um manual, e de incerteza, devido à falta de dados completos e totalmente confiáveis. (PERRENOUD, 2002).

A aquisição de habilidades procedurais depende do treinamento prático em diferentes cenários. O processo de treinamento prático diz respeito à constatação de que a aprendizagem dos saberes próprios da profissão médica não ocorre apenas a partir do que é oferecido nos livros ou nas aulas expositivas, mas existem habilidades técnicas que precisam ser aprendidas em diferentes níveis do sistema (GOMES *et al.*, 2010). A educação precisa se iniciar a partir de suas demandas e se organizar de modo que os estudantes aprendam com suas ações – aprender fazendo – e se enriqueçam com as experiências de colegas (GONTIJO, 2013).

Para que as competências sejam construídas de forma sólida, é necessário que os estudantes sejam inseridos no contexto prático desde o início da graduação, uma vez que essa construção é feita de forma progressiva, como pode ser observado nas palavras de Franco, Cubas e Franco (2014):

O desenvolvimento das competências deve ser gradual e cumulativo ao longo dos semestres formativos, tanto auxiliando a aquisição de novas competências técnicas, como realizar a história clínica e o exame físico como permitindo que este estudante

mantenha e desenvolva habilidades/competências mais utilizadas no início da vida acadêmica, como a empatia e a ética. (FRANCO, CUBAS e FRANCO, 2014, p. 221)

A imersão do aluno de medicina no ambiente assistencial deve ser precoce, uma vez que a competência é adquirida principalmente pela repetição da tarefa, seja ela o raciocínio clínico crítico ou a execução de procedimentos, ambos precedidos da observação. É esse o princípio da expertise profissional. Esse conceito também foi descrito por Campos e Senger (2013) em uma pesquisa que teve como objetivo quantificar e avaliar a inserção de médicos recém formados de uma instituição privada nos serviços de urgência. Segundo as autoras, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino de Medicina recomendam o desenvolvimento curricular voltado para as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações, referidas pelo usuário e identificadas pelo setor de saúde. Sugerem que o aluno seja inserido precocemente em atividades práticas relevantes para sua futura vida profissional e que seja capacitado para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico (CAMPOS; SENGER, 2013). Além disso, a antecipação das formaturas dos estudantes pode ter agravado ainda mais os aspectos relativos às dificuldades de condutas práticas.

As competências que aparentemente estão comprometidas, analisando-se as respostas de ambos os grupos, estão relacionadas a:

- a) Tomada de decisões;
- b) Atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;
- c) Realizar com proficiência a anamnese, a construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;
- d) Dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicossocioambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados;
- e) Diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano;
- f) Utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos para a atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;
- g) Realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências.

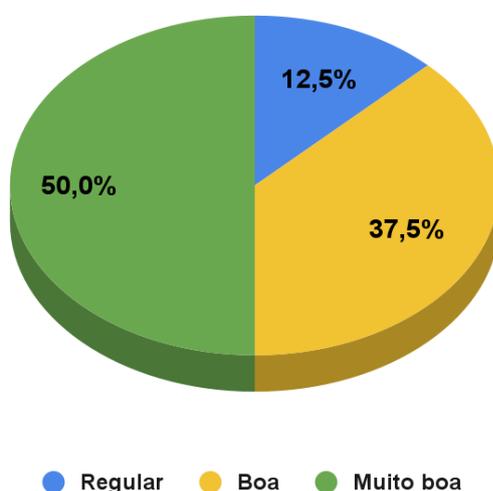
Associado às dificuldades inerentes à prática clínica do médico recém-formado, em relação ao egresso atuante na linha de frente da Covid-19, conjectura-se que o medo e a insegurança apresentados durante a pandemia foram uma realidade mundial. A pandemia de Covid-19 veio exercer um efeito potencializador desses sentimentos.

8.2.1.1.2 Autoavaliação dos atendimentos

O foco do presente estudo é a percepção da formação do médico generalista no contexto da pandemia de Covid-19. Nesse sentido, foi analisada a autopercepção dos médicos egressos no que diz respeito à sua atuação, bem como a avaliação dos médicos experientes que atuaram com egressos. Vale ressaltar que, nesta pesquisa, os médicos participantes pertencentes ao grupo dos experientes não atuaram em conjunto com os participantes do grupo dos egressos.

No roteiro de entrevista foi solicitado que os egressos avaliassem sua atuação na linha de frente durante a pandemia de Covid-19 como Ruim, Regular, Boa, Muito boa e Ótima. A autoavaliação do egresso na linha de frente na pandemia está representada no GRAF. 5.

Gráfico 5 – Autoavaliação do desempenho do egresso na linha de frente na pandemia



Fonte: elaborado pela autora

Como pode-se notar no GRAF. 5, os extremos da autoavaliação (Ruim e Ótima) não foram mencionados pelos egressos. Aqueles que consideraram sua atuação como “Regular” apresentaram como justificativa a falta de experiência e de conhecimento inicial sobre a doença, bem como a recém graduação e a falta de prática como fatores comprometedores do bom atendimento.

Alguns dos participantes cuja autoavaliação foi definida como “Boa”, a fizeram considerando que, possivelmente, houve falhas e danos por parte deles no manejo de alguns pacientes, principalmente aqueles classificados como graves, no início da prática clínica, tanto no atendimento presencial quanto nas teleconsultas em virtude da falta de experiência como pode ser observado nas falas de três participantes:

Principalmente no início, a inexperiência pode ter trazido ao paciente alguns danos como a falta de manejo necessário para impedir certos agravamentos. (E4)

Minha experiência foi no início da residência e no pós- imediato da formatura quando trabalhei com telemedicina. Acredito que pela minha inexperiência posso ter tido falhas, principalmente na orientação de casos mais graves via telemedicina, o que me deixava bastante insegura e com medo. (E14)

Por ser recém formada, acredito que a insegurança e falta de prática atrapalharam o atendimento. (E21)

Essa questão também foi abordada por Matias *et al.* (2022) ao correlacionarem o surgimento da Covid-19 com a inserção dos profissionais recém formados, já bastante requeridos pelo mercado de trabalho, em uma realidade atípica no campo da saúde. Segundo os autores, fatores como o baixo preparo resultante dos últimos anos acadêmicos na modalidade de Ensino a Distância (EaD) associados ao cenário pandêmico, trouxe ao mercado de trabalho um profissional despreparado, fato que também é responsável por desempenhos insuficientes e falhas na operacionalização da rotina institucional e com dificuldades no que se refere ao controle emocional. Queixas frequentes por parte de profissionais da saúde que atuaram na pandemia com relação ao suposto despreparo técnico de colegas de equipe também foram destacadas por Machado *et al.* (2022).

Salienta-se que a avaliação “Boa” também foi atribuída ao fato de um dos participantes somente ter atendido a casos leves de Covid-19. Um egresso avaliou sua atuação como “Boa” alegando ter sido bem treinado na faculdade; outro por ter tido êxito no manejo de pacientes graves sem necessidade de auxílio de outros médicos, o que o levou a obter reconhecimento da sua equipe.

Os respondedores cuja autoavaliação foi considerada como “Muito boa” (50%) incluíram como justificativa o preparo adequado para a condução dos casos críticos, a qualidade do atendimento conforme a demanda exigida e os recursos disponíveis, a utilização de protocolos baseados em evidências científicas, o aprendizado da prática clínica com colegas mais experientes e tomada de decisões somente com auxílio deles, a prestação de atendimento exclusivamente a pacientes apresentando casos leves e

moderados, sendo esses últimos prontamente identificados e encaminhados para seguimento no CTI e sala vermelha; resolução dos casos, ausência de óbitos dos pacientes atendidos e o bom manejo dos pacientes graves juntamente com a equipe multidisciplinar. A autoavaliação dos egressos se encontra esquematizada no QUADRO 5.

Quadro 5 - Autoavaliação dos Egressos na Pandemia

TOAVALIAÇÃO	JUSTIFICATIVA
	Falta de experiência e de conhecimento inicial sobre a doença
Regular	Recém graduação e a falta de prática
	Falhas e danos no manejo de alguns pacientes
Boa	Bem treinamento na faculdade Bom manejo no manejo de pacientes graves com reconhecimento da equipe
Muito Boa	Preparo adequado para a condução dos casos críticos Qualidade do atendimento conforme a demanda exigida e os recursos disponíveis Utilização de protocolos baseados em evidências científicas Aprendizado da prática clínica com colegas mais experientes e tomada de decisões somente com auxílio dos mesmos Estação de atendimento somente a casos leves e moderados, sendo estes últimos prontamente identificados e encaminhados para seguimento no CTI e sala vermelha Resolução dos casos Ausência de óbitos dos pacientes atendidos Bom manejo dos pacientes graves juntamente com a equipe multidisciplinar

Fonte: elaborado pela autora

7.2.1.1.3 Avaliação da atuação do egresso na pandemia: visão do médico experiente

A análise da percepção da formação do médico generalista no cenário da pandemia de Covid-19 sob a ótica do médico mais experiente foi um dos principais objetivos desta pesquisa. Por meio dela, a comparação dos resultados obtidos com os dados presentes na literatura foi possível, apesar de não haver muitos estudos que avaliaram esse aspecto desde o início da pandemia.

Embora tenham sido apontadas várias dificuldades observadas pelos médicos experientes em relação aos egressos no que diz respeito à performance desses últimos durante os atendimentos aos pacientes com Covid-19, 83,3% dos médicos experientes

concordaram que existiram situações em que o egresso desempenhou com competência apropriada. Os pontos destacados estão descritos no QUADRO 6.

Quadro 6 - Situações de desempenho com competência por parte dos egressos sob a visão do médico experiente.

Boa relação médico-paciente
Identificação dos critérios de gravidade da doença e constante atualização sobre a doença e seu manejo
Atendimento inicial do paciente
Competência e maturidade para realizar manobras de IOT, RCP e uso de drogas vasoativas
Demonstração de confiança na utilização de protocolos clínicos baseados em evidências científicas, refletindo um certo grau de maturidade na interpretação da ciência médica
Muito empenho e trabalho que foram primordiais no combate à pandemia, mesmo sendo menos experientes

Fonte: elaborado pela autora

Ao serem solicitados a avaliar, de um modo geral, o atendimento prestado pelo egresso, os médicos experientes o classificaram como: Satisfatório, Bom, Bem preparados para atendimento dos casos leves a moderados e Péssimo, como pode ser observado nas falas dos participantes:

Satisfatório. Percebo que muitos não têm perfil médico. Às vezes, estão focados em coisas externas ou mesmo na questão do choque de realidade que é a Medicina. E, por muitas vezes, existe ainda uma dicotomia grande entre a aplicação do conhecimento técnico com as questões humanas e nossa realidade profissional (o que dá para fazer). (M1)

Acredito que para tratamento de casos leves a moderados estavam bem preparados. Mas a falta de experiência e treinamento em casos mais graves dificultou o atendimento dos pacientes críticos. (M3)

Quando se trata de atendimento de emergência, muitas vezes os egressos se veem paralisados. Ainda falta experiência para o desenrolar com a agilidade e é importante que tenha alguém que o auxilie nessa questão. Já no quesito informação, nesse caso se tratando de uma doença cheia de novidades como a Covid-19, eles chegam sempre muito bem atualizados, o que acrescenta muito nas discussões e condução dos casos. (M5)

[...] eu diria que o egresso demonstra confiança no seu aprendizado e se porta bem em situações de emergência. Falta-lhes, eventualmente, discernimento para condução de situações clínicas que se diferenciam um pouco da rotina. (M6)

Bom atendimento. (M2)

Péssimo. Situação grave, que médicos experientes não sabiam o que fazer, sendo manejados por médicos recém formados sem experiência no cenário habitual, e conseqüentemente, não preparados para um cenário pandêmico. (M4)

Por meio da análise das narrativas acima, constatou-se que alguns dos médicos experientes concordaram que, quando se tratava de pacientes graves, os egressos apresentavam bastante dificuldade no que diz respeito à condução desses casos. Entretanto, para casos leves a moderados, isto é, fora do cenário emergencial, os egressos mostravam-se mais preparados. É interessante observar que alguns egressos compartilharam desse mesmo pensamento, como pode ser observado na fala de um participante:

Casos leves a moderados são bem manejados pelo profissional médico generalista com uma formação básica. (E13)

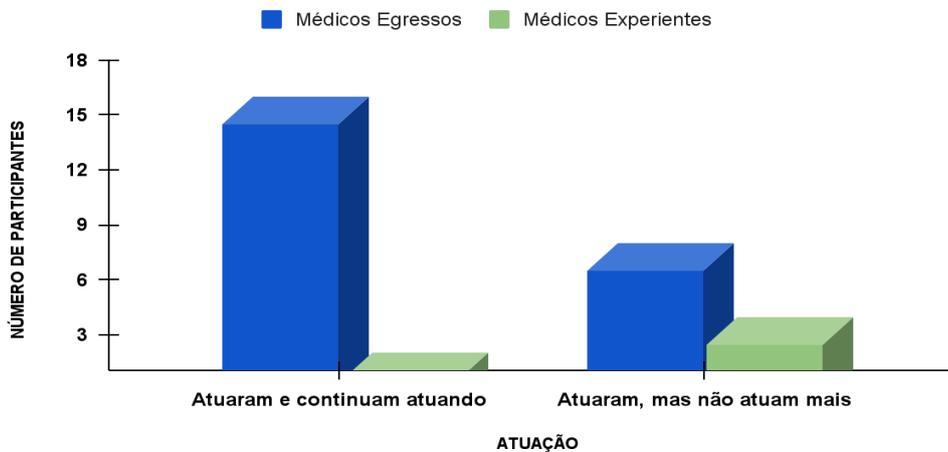
Resultado semelhante foi observado no estudo de Freitas, Ribeiro e Barata (2018) cujo objetivo foi identificar as competências adquiridas pelos estudantes de medicina do último ano de uma universidade mineira. Concluiu-se que os entrevistados se sentiam mais preparados para realizarem o atendimento primário dos pacientes e apontaram falhas no desenvolvimento de competências e habilidades ao longo dos seis anos do curso, sobretudo no contexto de urgência e emergência.

8.2.1.2 Impactos pessoais e profissionais da pandemia

8.2.1.2.1 Experiência na linha de frente da Covid

Ao analisar a categoria “Atuação”, constatou-se que 16 egressos (67%) tinham atuado na linha de frente na pandemia e continuavam atuando na ocasião da coleta dos dados da pesquisa; os 8 restantes (33%) haviam atuado, entretanto, não atuavam mais. Quanto à atuação dos médicos experientes, 4 deles (66,7%) informaram terem atuado na pandemia, mas não o faziam mais e 2 (33,3%) atuaram e continuavam atuando, representando o oposto do que foi constatado em relação aos egressos. A atuação dos médicos egressos e experientes na pandemia está representada no GRAF. 6.

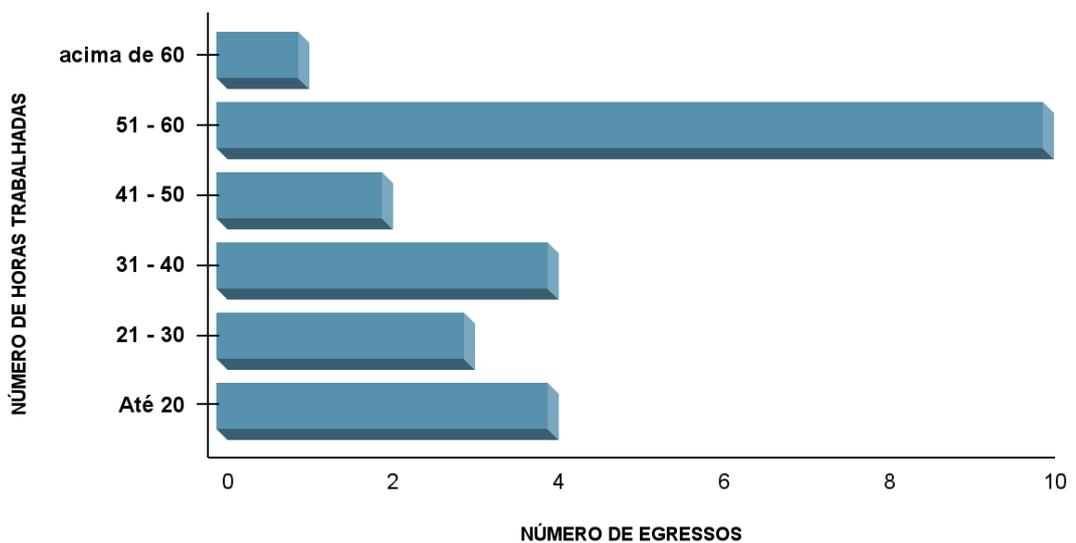
Gráfico 6 – Atuação dos médicos egressos e experientes na pandemia



Fonte: elaborado pela autora

Quanto à carga horária/semanal trabalhada, constatou-se que a maioria dos egressos (41,6%) trabalhou de 51 a 60 horas, o que representa uma sobrecarga de trabalho. A carga horária semanal dos egressos no atendimento da Covid-19 está demonstrada no GRAF. 7.

Gráfico 7 – Carga horária semanal dos egressos no atendimento da Covid-19

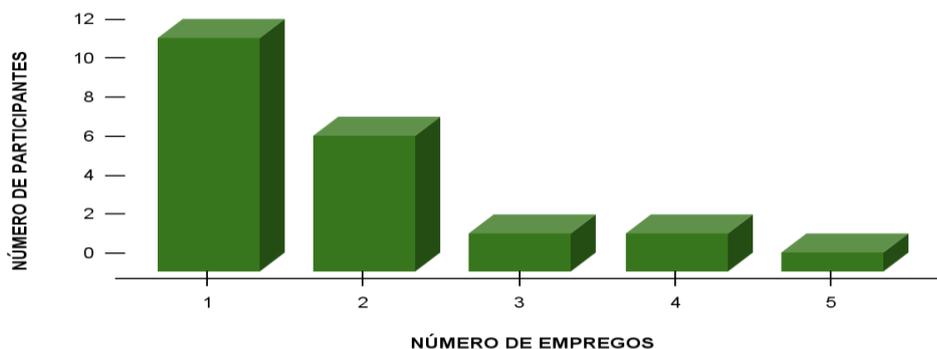


Fonte: elaborado pela autora

Além disso, foi observado que 50% dos egressos possuíam dois ou mais empregos. As informações referentes ao número de empregos dos egressos na pandemia estão destacadas no GRAF. 8.

Gráfico 8 - Número de emprego dos egressos na Pandemia de Covid-19

Um emprego - 50%; Dois empregos - 29,2%; Três empregos - 8,3%; Quatro empregos - 8,3%; Cinco



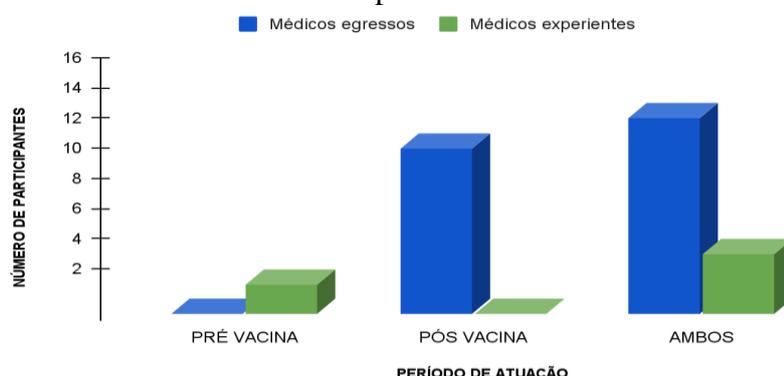
Fonte: elaborado pela autora

Em um estudo conduzido por Matias *et al.* (2022), que objetivou compreender o impacto na qualidade de vida dos profissionais de saúde durante a pandemia da Covid-19, resultados semelhantes foram encontrados. De acordo com a pesquisa, a maioria absoluta dos trabalhadores da saúde, de um modo geral, tem carga horária de 60 horas semanais, 50% a mais do que se é esperado para a profissão. Ainda concluíram que aproximadamente 50% dos profissionais também tiveram a necessidade de adotar o multiemprego, uma vez que, a economia brasileira, assim como a saúde, sofreu com a pandemia, atingindo diretamente médicos, enfermeiros, técnicos e outros profissionais da saúde. Eles se viram diante da necessidade de aumentarem suas jornadas de trabalho, já que, na maioria dos casos, o aumento das horas trabalhadas não significava necessariamente aumento de remuneração.

Os egressos também foram questionados quanto ao período em que atuaram na pandemia, ou seja, se o mesmo se deu na fase da pré vacina, pós vacina ou em ambos, ressaltando-se que a imunização contra Covid-19 no Brasil iniciou-se em janeiro de 2021. Foi observado que 13 egressos (54%) informaram terem atuado em ambos os períodos e 11 (46%) no período pós vacina. Não houve relato de atuação exclusivamente na fase pré vacina, como pode ser observado no GRAF. 9.

Com relação aos médicos experientes, 4 representantes (66,7%) atuaram em ambos os períodos da pandemia (pré e pós vacina) e 2 (33,3%) deles no período pré-vacina, não havendo relato de atuação somente na fase pós vacina. A comparação entre os períodos de atuação dos egressos e dos médicos experientes está representada no GRAF. 9.

Gráfico 9 – Comparação entre os períodos de atuação dos médicos egressos e experientes na pandemia



Fonte: elaborado pela autora

Praticamente todos os participantes de ambos os grupos que atuaram nas duas fases da pandemia relataram ter observado na fase pós-vacina uma redução importante dos casos de Covid-19, bem como da gravidade dos casos e, conseqüentemente, refletindo na diminuição do número de internações, de cuidados intensivos e ventilação mecânica, culminando, por fim, com uma redução significativa do número de óbitos se comparados ao período pré-vacina. Tal fato se mostra em consonância com dados descritos na literatura como pode ser observado na análise da TAB. 4. Somente um participante do grupo dos médicos experientes que atuou na atenção terciária (Hospital Odilon Behrens), com pacientes em todos os níveis de complexidade, informou não ter notado diferenças entre as fases da pandemia quanto ao perfil dos pacientes e desfechos da doença, talvez por essa instituição ter recebido um volume grande de pacientes ao longo da pandemia, principalmente os casos graves.

Tabela 4 - Perfil epidemiológico da Covid-19 no Brasil

RÍODO	MERO DE CASOS	MERO DE ÓBITOS	MERO DE DOSES DE VACINAS
03/20 a 31/12/20	7.716.405	195.725	_____
01/21 a 31/12/21	14.573.707	423.349	_____
01/22 a 31/12/22	14.041.169	74.779	_____
			1.150.979

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde, 2023 [online]

A vacinação contra Covid-19 iniciou no Brasil em 17 de janeiro de 2021. Segundo a Fundação Osvaldo Cruz (2022), o impacto positivo da vacinação pôde ser observado já no período compreendido entre julho e novembro de 2021, no qual houve redução do número de casos de Covid-19, incluindo os casos graves, e da mortalidade, com consequente alívio do sistema de saúde. Ao mesmo tempo, nesse período, cresciam os casos da variante Delta, que passou a se tornar predominante. Nessa ocasião, pôde-se verificar a efetividade da vacinação na redução da transmissão e, especialmente, da gravidade dos casos de Covid-19, resultando na queda das taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 para adultos. A queda da taxa de positividade de testes também apontou a menor transmissão do vírus SARS-CoV-2 como efeito da vacinação, que já alcançava 20% da população com duas doses.

A maioria dos egressos (58,3%) prestou atendimento a pacientes em todos os níveis de gravidade da doença (leve, moderada e grave); 29,2% atenderam casos leves e 12,5% casos moderados. A classificação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021) para os casos de Covid-19 conforme a gravidade da doença está descrita no APÊNDICE E.

Com relação especificamente aos níveis de complexidade dos pacientes atendidos pelos egressos, buscou-se dados na literatura para que os mesmos fossem confrontados com os resultados apresentados nessa pesquisa, porém eles ainda são escassos nesse sentido. Entretanto, em um artigo publicado por Klasen *et al.* (2021), foram descritas as medidas adotadas pelo Hospital Universitário de Base da Suíça quando, em virtude do *lockdown*, os estudantes de medicina se depararam com uma redução importante das atividades presenciais, sobretudo aquelas à beira do leito com pacientes. Essa instituição, com o objetivo de reintegrar os alunos ao ambiente de ensino clínico, recrutou estudantes de medicina voluntários para atuarem na linha de frente da Covid-19, os quais passaram a assumir funções de baixa complexidade como o trabalho administrativo supervisionado, a realização de anamnese dos pacientes e avaliação dos escores clínicos de gravidade, além da mensuração dos sinais vitais e realização dos testes para diagnóstico da Covid-19 por meio do swab nasofaríngeo e orofaríngeo. Segundo os autores, a inclusão desses estudantes na linha de frente da Covid-19 teve um impacto bastante positivo, uma vez que permitiu que eles pudessem cuidar dos pacientes, auxiliar os futuros colegas de profissão, recuperar algumas das experiências clínicas perdidas, desenvolver novas competências e construir novas conexões com outros estudantes e preceptores.

Mestrinho V. e Mestrinho B. (2022) realizaram um estudo de revisão integrativa com o objetivo de elencar exemplos de medidas tomadas por diversos países, incluindo o

Brasil, relatando o envolvimento dos estudantes de medicina frente à pandemia. No caso do Brasil, por exemplo, foi criado um serviço de teleatendimento, onde os estudantes de medicina participaram, por meio do atendimento a ligações telefônicas, da triagem de pacientes com sintomas de infecção pelo coronavírus com posterior encaminhamento de possíveis contaminados aos centros hospitalares. Além disso, também forneceram informações a respeito da prevenção contra a Covid-19 por meio do teleatendimento. Os estudantes brasileiros tiveram ainda participação na vacinação contra a Covid-19 ao atuarem in loco na aplicação da vacina.

O projeto “Cartas solidárias” foi uma importante iniciativa tomada por estudantes e funcionários da Universidade de Brasília, na qual os mesmos escreveram diversas cartas à mão aos profissionais da linha de frente da pandemia, entre eles cozeiros e profissionais da limpeza de hospitais, no intuito de elevar o espírito coletivo de resiliência e reconhecer os esforços realizados neste cenário catastrófico, seguindo o exemplo da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), onde cartas eram escritas para soldados da guerra (MESTRINHO V.; MESTRINHO B., 2022).

No Reino Unido, a participação dos estudantes de Medicina também se deu na triagem de pacientes com Covid-19, no contato telefônico com as famílias impedidas de visitar os pacientes, nas coletas de sangue para exames laboratoriais, na entrega de medicamentos e até mesmo nas ações sociais, como entrega de mantimentos para os que estavam em isolamento (FERREIRA *et al.*, 2022).

Em relação aos médicos experientes, 50% atuaram na atenção terciária, 33% na atenção secundária e 17% na atenção secundária e terciária, sendo que todos eles prestaram atendimento a pacientes em todos os níveis de gravidade.

8.2.1.2.2 *Sentimentos nos atendimentos*

Na categorização inicial referente aos sentimentos despertados nos egressos durante o atendimento a pacientes com Covid-19, o medo foi o sentimento negativo mais mencionado pelos respondentes, seguidos pela insegurança, angústia e ansiedade como pode ser evidenciado na fala de uma participante:

Houve um período da pandemia em que não havia leitos de CTI disponíveis para todos os pacientes. Eu estava no estágio de emergência, atuando na sala vermelha de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em Belo Horizonte. Os pacientes só entravam na sala para serem intubados. A seleção já começava nesse momento, quando pacientes mais idosos ou aqueles muito debilitados não eram admitidos

naquele ambiente por sabermos que não teriam chances de sobrevivência após tal procedimento. Depois, tínhamos que selecionar os pacientes com maiores chances de sobrevivência quando eram disponibilizadas vagas de CTI para transferência, o que não acontecia todos os dias. Foi o período em que me senti mais impotente e angustiada de toda a pandemia. Fiquei ansiosa e fiz questão de enviar mensagem para todas as pessoas queridas para que não saíssem de casa. (E7)

A literatura referente aos impactos da Covid-19 na saúde dos profissionais dessa área, também relata aspectos relacionados ao sofrimento e angústia desses trabalhadores diante do excesso de responsabilidades durante o pandêmico: “[...] aumento do estresse e o sofrimento ocorrem na medida em que aumentaram as responsabilidades relacionadas ao trabalho, desencadeando sentimentos de angústia, ansiedade e desmotivação para com o trabalho.” (ZILLE; TELES, 2022 p. 685)

Sentimentos como impotência, desgaste e preocupação também foram relatados, conforme observado nas narrativas de alguns participantes:

O maior sentimento foi de impotência, pelo limite técnico, científico e de infraestrutura. (E19)

Preocupação com a falta de medicamentos para as crises. (E18)

Me senti desgastada pela enorme quantidade de pessoas que procuravam o centro de saúde com sintomas respiratórios. (E21)

Conforme descrito por Matias *et al.* (2022), o medo e a ansiedade foram os principais sentimentos relatados no início da pandemia pelos profissionais que atuaram na linha de frente, mas ao longo do tempo e com a progressão da pandemia, esses sentimentos evoluíram para a Depressão Maior, sintomas psicofisiológicos e sintomas de Transtorno de Estresse Pós Traumático. Para eles, o aumento das mortes, a sobrecarga do sistema de saúde, as condições atípicas e improvisadas de trabalho associadas ao fato de terem que lidar com pacientes graves na ausência de um tratamento ainda muito delimitado pela comunidade científica, fizeram com que os profissionais de saúde se tornassem grupo de risco para doenças físicas e principalmente mentais. Teixeira *et al.* (2020) também citaram o sentimento de impotência dos profissionais de saúde diante da gravidade e complexidade dos casos face à falta de leitos ou equipamentos de suporte à vida resultados em alguns trabalhos, corroborando com os dados obtidos na presente pesquisa.

Destaca-se que a insegurança, ansiedade e medo associados à sensação de despreparo, já estão naturalmente presentes no início da carreira médica (HAWKINS *et*

al., 2021) e foram potencializados com a pandemia de Covid-19 (GALLAGHER; SCHLEYER, 2020).

Os profissionais de saúde constituíram um grupo de risco para infecção pela Covid-19 por estarem expostos diretamente aos pacientes infectados (TEIXEIRA *et al.*, 2020), fazendo com que recebessem uma alta carga viral (milhões de partículas de vírus). Este fato, associado a fatores como jornadas de trabalho extenuantes, exaustão profissional, condições de trabalho precárias, ansiedade e, por vezes, inexperiência laboral, deflagraram gatilhos específicos para o estresse desses profissionais. Entre os fatores estressores que afetaram a saúde mental dos trabalhadores, foram citados o risco de infectar a si e os outros; o medo de adoecer ou de morrer; interpretação incorreta dos sintomas, dado que as manifestações clínicas da COVID-19 se assemelham com as de outras patologias; sentimentos de incapacidade de proteger os doentes e o medo que estes evoluíssem para óbito, além de acompanhar a excessiva perda de vida humana durante o labor (SANTANA *et al.*, 2020). “[...] informações incertas sobre vários recursos, solidão e preocupações com entes queridos foram aspectos também relatados [...]” (TEIXEIRA *et al.*, 2020, p.3468).

Salienta-se que o medo de infectar outras pessoas, assim como citado em muitas referências na literatura, também foi mencionado na presente pesquisa, conforme o relato de um participante:

No ano passado eu tive receio de infectar minha namorada e familiares. (E21)

Zille e Teles (2022) conduziram um estudo que objetivou descrever a percepção do risco de adoecimento mental de médicos que atuam em serviços de saúde, inclusive considerando a COVID-19, no estado de Minas Gerais e concluíram que os pesquisados, em média, avaliaram que vivenciaram sentimentos de frustração, insegurança, inutilidade, desgaste e estresse em seu ambiente do trabalho.

Especificamente na população de estudantes de Medicina e médicos recém-formados, foi evidenciado um impacto negativo, com presença de sintomas de ansiedade, maior uso de medicamentos psicotrópicos e substâncias psicoativas, tais como álcool e drogas. Esse impacto resultou de diversos fatores. Os cursos de Medicina foram interrompidos de maneira abrupta, e substituíram-se as práticas presenciais por atividades on-line. Hospitais de campanha, criados para tratar pacientes com Covid-19 devido à superlotação das urgências e unidades de terapia intensiva, foram locais de trabalho de médicos recém-formados, que reduziram a escassez de mão de obra em meio à necessidade de preencher escalas de plantão (FERREIRA *et al.*, 2022).

Segundo Santana *et al.* (2020), os profissionais de saúde presenciaram um número exponencial de casos e óbitos, despertando neles sentimento de impotência e insegurança em relação ao futuro e à sua capacidade de trabalho, trazendo também uma maior exposição à infecção pelo vírus.

Em contrapartida, foi notado um misto de sentimentos positivos e negativos no relato de muitos egressos, sendo que a empatia, a satisfação e a determinação em aprender foram os sentimentos positivos mais frequentes citados por eles, como pode ser observado nas frases transcritas abaixo:

Medo e insegurança, porém, tive muita determinação em aprender e ajudar da melhor forma. (E14)

Um misto de medo do desconhecido e satisfação por ser útil no pior momento da pandemia. (E11)

Medo/receio, curiosidade, vontade de aprender e esperança por conseguir tratar melhor. (E20)

Angústia e medo no início. Depois, satisfação em poder ajudar tantas famílias. (E17)

Felicidade, empatia. (E22)

Gratidão, angústia. (E23)

Tristeza, empatia. (E24)

Ferreira *et al.* (2022) realizaram um estudo quali-quantitativo com internos de medicina e médicos recém formados com o objetivo de apresentar e discutir as lições e reflexões aprendidas por eles durante a pandemia. Segundo os participantes, os principais aprendizados trazidos pela pandemia foram a paciência, resiliência no enfrentamento das adversidades, gratidão, empatia, compaixão, autocuidado e autoconhecimento. Por fim, também foram mencionados o maior envolvimento com a espiritualidade, meditação, momentos de reflexão pessoal e a importância da linguagem não verbal, uma vez que, com uso constante das máscaras, se fez necessário utilizar outras formas de comunicação expressas por meio do contato visual, entonação da voz, acenos, gestos e postura. Essa mistura de sentimentos positivos e negativos também foi relatada pelos egressos ao serem questionados a respeito da experiência ao trabalharem na linha frente da Covid-19. Para muitos, foi gratificante atender na linha de frente na pandemia. Também foram mencionados a grande responsabilidade em atuar diante de uma doença completamente

nova, o aprendizado na prática clínica, além do crescimento e amadurecimento pessoal e profissional, bem como a sensação de reconhecimento das suas equipes.

Foi um momento de muito crescimento individual como médica e como parte de uma equipe de saúde. Tivemos que lidar com um grande volume de pacientes graves, sem evidências robustas sobre a eficácia dos tratamentos empregados. Mas acredito que, em comparação com outros colegas que optaram por trabalhar fora da residência, eu tive a sorte de estar em um serviço de atenção terciária com muitas pessoas experientes e muitos recursos disponíveis.” (E7)

Uma responsabilidade muito grande, mas, ao mesmo tempo, me obrigou a evoluir mais rápido. (E10)

Um enorme aprendizado por se tratar de uma doença nova, sem medicamentos comprovadamente eficazes e tendo que lidar com pacientes evoluindo de forma heterogênea.

Foi uma experiência muito boa no manejo de pacientes. Na telemedicina pude orientar, na maior parte das vezes, casos leves e, na residência, manejar casos mais graves, o que me deu uma dimensão do que realmente era a doença. (E14)

Experiência única e necessária para a minha formação. Foi um grande amadurecimento como médica. Importante também para a prática de comunicação de más notícias e de como lidar com pacientes graves. (E17)

Uma experiência imensa. Aprendi coisas que não aprenderia em outros locais e me senti grata em contribuir com a sociedade nessa época. (E23)

Para outros participantes, a experiência foi desesperadora, difícil, desgastante, sacrificante, cansativa, estressante, assustadora e desafiadora, como pode-se observar nos discursos de alguns participantes:

Às vezes foi desesperador atender na linha de frente devido ao fato de morar com pessoas do grupo de risco e ter o receio de ser transmissora do vírus. (E13)

No início foi desafiador pela incerteza do que encontraria. Hoje encaro como uma síndrome gripal como qualquer outra, obviamente seguindo todos os cuidados necessários. (E5)

Um desafio, visto que o paciente com Covid-19 cursa com diversas disfunções orgânicas graves. (E20)

Muito desgastante. (E3)

Assustador. (E14)

Difícil. O manejo do ventilador, das drogas e a intubação orotraqueal foram as situações mais difíceis. (E6)

Cansativo. (E18)

Muitas referências na literatura também trazem afirmações acerca do desgaste e da sobrecarga desses profissionais durante a pandemia: “[...] ficou evidenciado o

esgotamento profissional e a sobrecarga de trabalho em mais de 60% dos médicos pesquisados.” (ZILLE; TELES, 2022, p. 685). “[...] os respondentes apresentaram sentimento de desgaste e cansaço, que podem estar relacionados à alta carga horária semanal de trabalho. (ZILLE; TELES, 2022, p. 685) “[...] é imprescindível recordar-se que os profissionais da Saúde que atuam hoje na linha de frente da pandemia do Sars-CoV-2 são os mesmos desde março, bem como os estudantes. (ANIDO; BATISTA; VIEIRA, 2021).

Uma das questões presentes no roteiro de entrevista do egresso abordou a temática relativa ao fornecimento de EPI's (Equipamentos de Proteção Individual) por parte das unidades de saúde durante a prestação do atendimento desses profissionais aos pacientes com Covid-19. Todos os participantes informaram ter recebido os EPI's. Entretanto, é importante ressaltar que, em todo o mundo, em virtude da alta demanda, houve um período de indisponibilidade de compra dos EPI's levando à escassez desses insumos nas unidades hospitalares, o que gerou mais medo e insegurança nesses profissionais. Segundo Vedovato *et al.* (2021), houve várias denúncias dos profissionais de saúde aos seus respectivos conselhos de classe, as quais incluíam uso dos EPI's por tempo superior ao indicado pelos fabricantes e pela ANVISA (Agência nacional de Vigilância Sanitária). Matias *et al.* (2022), destacaram a questão da escassez de capacitação dos profissionais que já trabalhavam na saúde antes do período pandêmico, trazendo à tona a necessidade de se discutir sobre mecanismos mais eficazes relacionados à biossegurança. De acordo com os autores, muitas pesquisas apontam que menos da metade dos profissionais da saúde receberam capacitação para o combate da Covid-19.

1.1.1 *Formação Acadêmica*

A segunda categoria final criada no processo de categorização temática foi a Formação Acadêmica dos egressos, cujo objetivo foi averiguar a presença de possíveis lacunas no ensino médico que pudessem justificar os resultados obtidos na análise da atuação dos egressos na pandemia de Covid-19. Por meio da avaliação das unidades de registro desta categoria, foram estabelecidas as categorias iniciais que englobam as atividades extracurriculares, as deficiências práticas e teóricas da universidade e as melhorias das atividades práticas.

7.2.2.1 *Identificação das lacunas curriculares*

7.2.2.1.1 Atividades Extracurriculares

Com relação às atividades extracurriculares, foi constatado que 50% dos participantes afirmou ter realizado cursos extracurriculares, os quais se encontram listados no QUADRO 7.

Quadro 7 - Cursos Extracurriculares realizados pelos egressos.

ACLS (Advanced Cardiac Life Support)	CLINICS (Curso de Emergências Clínicas)
BLS (Basic Life Support)	ECG (Eletrocardiograma)
PROCEM (Procedimentos médicos na emergência)	TECA (Treinamento de Emergências Cardiovasculares Avançado)
MAVIT (Manejo de vias aéreas e intubação traqueal)	Estágio em CTI
PALS (Pediatric Advanced Life Support)	Emergências Cardiovasculares Avançado
SAVICO (Suporte avançado de vida em Insuficiência Coronariana)	Curso de emergência da USP
SAVIC (Suporte Avançado de Vida em Insuficiência Cardíaca)	Manejo de Vias Aéreas Avançadas
SAVI (Suporte Avançado de Vida em Infectologia)	Emergências Obstétricas

Fonte: elaborado pela autora

No intuito de avaliar se as atividades extracurriculares tiveram um impacto positivo na atuação dos egressos na linha de frente da pandemia, foi realizada análise relacionando os dados obtidos à partir da frequência com que o egresso necessitou do auxílio do médico experiente e a realização dessas atividades extracurriculares. Os resultados dessa análise estão apresentados na TAB. 5.

Tabela 5 – Análise do impacto das atividades extracurriculares e desempenho dos egressos.

(Continua)

Frequência com que necessitou de auxílio do médico experiente	Número de egressos (N)	Percentual de egressos (%)
Com atividade Extracurricular		
Nunca precisou	2	16,6%
Precisou poucas vezes	5	41,6%

Precisou muitas vezes	4	33,3%
Sempre precisou	1	8,3%
Sem atividade Extracurricular		
Nunca precisou	2	16,6%
Precisou poucas vezes	5	41,6%
Precisou muitas vezes	4	33,3%
Sempre Precisou	1	8,3%
Total	24	100%

Fonte: elaborado pela autora

Diante dos dados presentes na TAB. 5, observa-se que, independente da realização de atividades extracurriculares, o número de egressos que necessitaram ou não da ajuda de um médico mais experiente no atendimento a pacientes diagnosticados com Covid-19, em nossa amostra, foi o mesmo, inclusive em relação à frequência com que esse auxílio ocorreu. Acredita-se que a insegurança e o medo, que são sentimentos já presentes no egresso em condições habituais e que foram potencializados na pandemia, tenham contribuído para esses resultados. Entretanto, deve-se ressaltar que esses dados endossam o que já foi mencionado anteriormente com relação aos princípios para construção das competências que deve ser feita de forma gradual, progressiva e repetitiva.

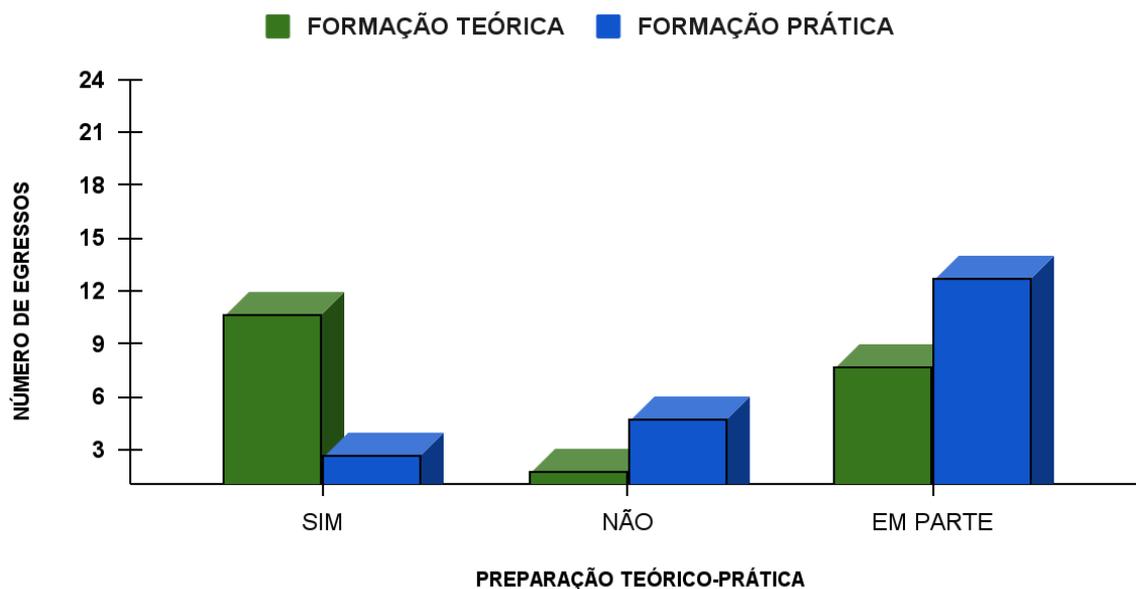
Dados semelhantes foram descritos na pesquisa conduzida por Dias e Cunha (2016) cujo objetivo foi avaliar a percepção dos estudantes do 9º período do curso de medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA) em relação ao ensino de urgência e emergência. Nesse estudo, foi evidenciado que a maioria dos participantes afirmou buscar o conhecimento nessas áreas espontaneamente, por meio de cursos, estágios, ligas acadêmicas e outras atividades relacionadas ao tema. Além disso, quando questionados sobre o período mais apropriado para o aprendizado da Medicina de Emergência, 100% dos estudantes responderam que o ensino de urgência e emergência deveria acontecer no período da graduação.

Nesse sentido, fica claro que a busca por atividades extracurriculares reflete a sensação do estudante de que é necessário complementar o conteúdo teórico e/ou prático da matriz curricular das universidades.

7.2.2.1.2 Deficiências teórico-práticas na universidade

Segundo dados da Associação Brasileira de Educação Médica, alcançando informações de 82% das escolas médicas do país, aproximadamente 90% delas suspenderam suas atividades acadêmicas, práticas e teóricas, no período entre 16 e 31 de março de 2020 (OLIVEIRA; POSTAL; AFONSO, 2020). Diante disso, a presente pesquisa buscou também conhecer a percepção dos egressos sobre a sua formação teórica e prática. Para tal, foi questionado se o conteúdo teórico e as aulas práticas com pacientes durante o período acadêmico haviam sido suficientes para o desempenho deles durante a pandemia. Os egressos poderiam responder SIM, NÃO ou EM PARTE. Os resultados obtidos referentes à autopercepção dos egressos sobre a preparação teórico-prática na graduação para a atuação na pandemia estão compilados na GRAF. 10.

Gráfico 10 – Autopercepção dos egressos sobre a preparação teórico-prática na graduação para atuação médica durante a pandemia



Fonte: elaborado pela autora

Por meio da análise de resultados apresentados no GRAF. 10, constatou-se que 50% dos egressos acreditam que a formação teórica na faculdade foi boa o suficiente e os preparou adequadamente para atuarem no cenário da pandemia de Covid-19; 37,5% consideraram que a universidade os preparou em parte e 12,5% mencionaram que a faculdade não os preparou.

Por outro lado, com relação à formação prática, a maior parte dos participantes (58%) considerou que aulas práticas com pacientes durante o período acadêmico foram

em parte suficientes para o desempenho deles na pandemia; 25% relataram que as aulas práticas não foram suficientes e 17% informaram que as aulas práticas foram suficientes.

8.2.2.1.3 Adequações curriculares exigidas

Com a finalidade de se compreender de forma mais objetiva e clara os pontos de insatisfação de alguns participantes com relação ao ensino teórico e prático durante a pandemia, considerou-se pertinente solicitar aos egressos que assinalaram NÃO ou EM PARTE no item referente à percepção dos mesmos sobre a formação teórica e/ou prática, que citassem as possíveis deficiências acadêmicas identificadas por eles e como elas poderiam ser melhoradas ou modificadas. Esses dados se encontram apresentados no QUADRO 8.

Quadro 8 - Visão dos egressos sobre as deficiências acadêmicas e as mudanças curriculares sugeridas

Deficiências Práticas	Deficiências Teóricas	Adequações Curriculares
Déficit no ensino procedural (drogas, intubação orotraqueal e acessos)	Déficit teórico em urgência e terapia intensiva	Aumento da carga horária do aluno no Pronto Socorro e Unidade de Terapia Intensiva
Pouca ênfase sobre a forma de comunicação do médico com os pacientes e familiares	Subdimensionamento da Covid-19 por parte dos docentes	Intensificação do treinamento de procedimentos
Divergências entre o mundo acadêmico e o mundo real	Irrelevância de aspectos teóricos da Covid-19 no tratamento	Incentivo à atuação dos alunos nos ambulatórios/estágios
Comprometimento dos estágios de urgência		Aumento da frequência das sessões práticas e com uma boa avaliação
O aprendizado se deu durante a prática médica (relativo à Covid)		Maior tempo de prática, ao invés de teórica

Fonte: elaborado pela autora

É interessante observar que dentre as lacunas apontadas, as mais citadas foram as práticas, mais especificamente o aprendizado relacionado às urgências que, em muitos casos, acontece na prática e como pode ser observado nas narrativas de alguns participantes:

Ainda não sabíamos como lidar, não temos prática em intubação e acessos. Internato em UPAs e emergência ficaram defasados pela pandemia. (E19)

Vejo que saímos muito imaturos da faculdade e sem manejo de coisas práticas. No internato, não tive grandes oportunidades de treino de manobras práticas (como por exemplo nunca tinha intubado). E mesmo tendo feito o curso MAVIT, continuo me sentindo insegura nessas situações e sem uma base prática. (E15)

Devido a pandemia, não fiz o internato urgência. Fez muita falta para atuar frente aos pacientes graves. (E18)

Manejo de pacientes graves (sala vermelha) ficou a desejar. Porém, aprendemos na prática clínica com os mais experientes. (E6)

Minha formação no último ano de medicina foi EAD (Ensino à Distância). Não tivemos passagem por nenhum serviço de urgência/emergência.” (E20)

Na época, ainda não se sabia sobre a COVID, mas aprendi bem sobre manejo respiratório. (E10)

No estudo conduzido por Vedovato *et al.* (2021), foi observado a inserção de profissionais de outras áreas de cuidado à saúde na atividade direta com pacientes com Covid-19 e a contratação de médicos residentes. Além disso, notou-se, por meio dos relatos de muitos participantes, que a formação para os cuidados intensivos de pacientes ocorria no exercício do trabalho, isto é, na prática, conforme a doença se propagava. Tal fato vai de encontro com as narrativas de alguns egressos participantes da presente pesquisa já citadas anteriormente.

Segundo Campos e Senger (2013), o setor de urgência e emergência representa uma das principais formas de trabalho médico no serviço público. A questão é que uma grande parte desses profissionais são recém formados, muitas vezes se sentindo inseguros e despreparados. Salienta-se que, na maioria das vezes, os serviços de urgência representam o primeiro emprego dos médicos recém formados, o que é um paradoxo, uma vez que a experiência nessa área é primordial.

Muitas vezes faltam instrumentos adequados ou experiência para um melhor atendimento. (E17)

A Covid-19 foi uma pandemia que atacou não só a saúde física do paciente, mas a saúde de forma geral. Expôs a fragilidade dos serviços médicos, das tecnologias e da logística. Tivemos grandes desafios, desde os suprimentos em medicamentos até o número de profissionais nos serviços, esbarrando em uma contradição necessária: a atuação de médicos inexperientes versus a complexidade e gravidade dos pacientes com SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave) por Covid. (E20)

Paciente com complexidade ímpar de difícil manejo. (E24)

Diante de todo esse cenário, é fundamental e de suma importância que os estudantes de medicina sejam bem preparados para atuarem nas urgências, já que o médico despreparado desequilibra esses setores na medida em que diminui a resolutividade dos casos, acarretando um maior tempo de internação dos pacientes, a realização de exames e encaminhamentos a outros profissionais desnecessariamente, o que onera e sobrecarrega o sistema público (CAMPOS; SENGER, 2013).

Outra deficiência apontada diz respeito à comunicação do médico com o paciente e seus familiares, a qual constitui uma das competências que o egresso deve desenvolver segundo as Diretrizes Nacionais Curriculares, incluindo a comunicação adequada com os colegas de trabalho. Para o alcance do conjunto de habilidades e competências propostas pelas DCN, os métodos pedagógicos utilizados historicamente na educação médica são baseados em relações interpessoais, as quais foram afetadas pela interrupção do processo de ensino-aprendizagem presencial causada pela pandemia da Covid-19 (SANTOS, *et al.*, 2020).

Para que o aluno possa adquirir a capacidade de estabelecer uma boa comunicação e relação médico-paciente é necessário o convívio diário com os pacientes e com os professores. Para Gomes *et al*, 2020, a simples observação da interação do professor com o doente em estágios e práticas clínicas permite ao estudante de medicina organizar um raciocínio clínico e inferir possíveis condutas diagnósticas e terapêuticas.

Segundo Franco, Cubas e Franco, (2014), durante o curso de medicina é necessário ter cuidado com o excesso de teorização, pois esta pode reduzir a importância do cuidar e enfatizar somente o tratar, levando à formação de profissionais com a visão na doença e não na pessoa. É necessário que o médico tenha uma visão humanista em relação ao paciente e a todo o contexto no qual ele se encontra inserido. Percebe-se que os egressos e os acadêmicos têm a percepção da relevância e da necessidade da boa comunicação para o profissional médico como pode ser notado na fala de duas estudantes de medicina participantes da pesquisa exploratória de Freitas, Ribeiro e Barata (2018) já citada anteriormente:

Desenvolver uma relação, se preocupar em como ter uma relação médico-paciente melhor, não só médico-paciente, mas médico-interdisciplinar, médico-multidisciplinar, médico com a família, ter uma visão social, da sociedade, como funciona, onde está inserido esse paciente, que contexto de saúde está o lugar em que eu trabalho. (FREITAS; RIBEIRO; BARATA, 2018, p. 6)

Uma competência básica na medicina seria a capacidade de interagir com o paciente; isso realmente é uma coisa que você desenvolve ao longo do curso, apesar de várias aulas, você não vai conseguir desenvolver isso se você não praticar. É uma das competências. Eu acho que essa competência de conseguir interagir com o paciente e conseguir enxergar realmente o que ele quer dizer por baixo do que ele diz na verdade, é uma competência que o médico tem que conseguir desenvolver. E você vai conseguir desenvolver isso não só por você mesmo, mas também analisando alguns professores atuando, porque realmente a gente tem alguns professores que são espetaculares e alguns que você com certeza fala que esses não servem de modelo. FREITAS RIBEIRO; BARATA, 2018, p. 6).

Mestrinho V. e Mestrinho B. (2022) descrevem em seu estudo, a fala de uma estudante de medicina do ciclo clínico enfatizando que a interação estudante-paciente é a base do aprendizado da verdadeira medicina. Ela chama a atenção para a importância do exame físico na sua realização in loco, do tocar e do sentir, o que resulta no aprimoramento e desenvolvimento de uma melhor comunicação estudante-paciente. Ainda segundo a participante, a educação médica genuína tem sido prejudicada, pois essa nova realidade (ensino remoto) não incorpora a anamnese, o exame físico e os valiosos instrumentos “de fala e de escuta afetiva e efetiva”.

Vale ressaltar que as “Divergências entre o mundo acadêmico e o mundo real” foram sinalizadas como uma deficiência acadêmica por participantes de ambos os grupos desta pesquisa, como pode ser observado nas narrativas de dois deles:

Não é nenhum defeito específico da faculdade ou da grade. Porém, a falta de medicações e pacientes que não querem ser ajudados, por exemplo, é a prática que ensina. Tem muitas variáveis que dificilmente uma faculdade pode te passar. (E11)

[...] E, por muitas vezes, existe ainda uma dicotomia grande entre a aplicação do conhecimento técnico com as questões humanas e nossa realidade profissional (o que dá para fazer). (M1)

Uma das deficiências teóricas apontadas por um egresso merece destaque, pois pode refletir uma possível falha no ensino no que se refere à não ênfase dos tópicos mais relevantes dentro de um determinado conteúdo da matriz curricular como pode ser analisado em sua fala:

Praticamente nada em relação a Covid-19 realmente relevante em pronto socorro. Deram muito destaque à fisiopatologia, sobre origem do vírus e outras informações que são praticamente irrelevantes ao se tratar alguém. (E21)

Entretanto, para Zingra *et al.* (2020), o conhecimento sobre o vírus Sars-Cov 2 tais como seu mecanismo de proliferação, fisiopatologia, tratamento e prevenção são

fundamentais a todos os profissionais da saúde, tanto para auxiliar no manejo dos pacientes quanto para orientar a população no sentido de tentar diminuir a disseminação do vírus, exercendo, dessa forma, um dos papéis que esses profissionais também possuem que é a de educador em saúde.

Outro egresso citou o subdimensionamento da Covid-19 por parte dos professores como uma deficiência teórica da universidade nesse contexto:

Poucos professores na época, se atentaram para o tamanho do problema e para o tempo que a Covid ainda nos acompanharia. (E4)

Acredita-se que o desconhecimento sobre a Covid-19 por parte de professores e das escolas médicas no cenário inicial da pandemia, principalmente sobre conduta e manejo de pacientes, possa ter influenciado na ênfase de fatores teóricos sobre a doença e menos em relação às questões práticas, além do subdimensionamento da Covid por parte dos docentes, conforme descrito por egressos não satisfeitos com a sua formação no quesito deficiências teóricas durante o curso de medicina.

Alguns participantes justificaram não terem considerado ou considerado em parte a formação teórica na faculdade suficiente para atuarem no cenário pandêmico devido ao fato da Covid-19 ser uma doença nova não havendo, portanto, muitas informações sobre ela.

Como era um vírus novo, ninguém sabia manejar bem a doença. Porém, a teórica da faculdade foi bem útil e ajudou durante a prática clínica. (E6)

Não havia estudos consolidados sobre o tema durante a minha formação acadêmica. (E13)

Ainda sabia-se pouco sobre a covid. Muita coisa mudou muito rápido. Mas, o que já tínhamos de teoria, foi bem discutido. (E18)

Não por culpa da faculdade, mas devido às incertezas sobre a doença/vacinas. (E22)

Doença nova, nem os mais experientes estavam preparados para essa pandemia, sabia-se muito pouco. (E24)

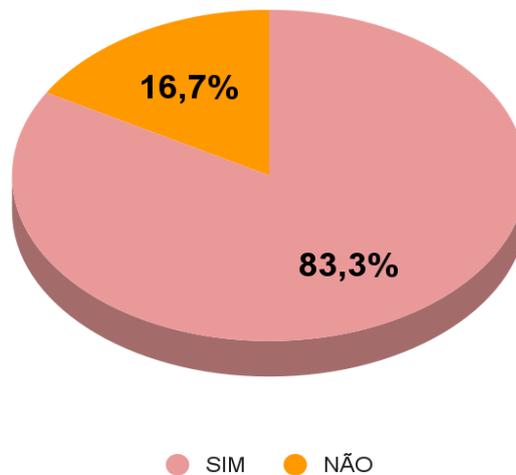
Vale destacar que em 2020, a Unifenas ofereceu aos seus estudantes um curso no formato on-line sobre a Covid-19 (ANEXO A), o qual foi dividido nos seguintes blocos: Biologia da Covid, Epidemiologia, Abordagem clínica e Bioética e Saúde Mental. Além disso, foram elaboradas 35 questões por meio das quais os alunos puderam avaliar o nível

de conhecimento adquirido ao final dos estudos. Entretanto, somente após a coleta de dados dos participantes desta pesquisa, as pesquisadoras tomaram conhecimento sobre tal curso e, portanto, não foi possível saber se algum egresso proveniente da Unifenas o realizou.

Verificou-se que a maioria dos egressos deste estudo (29,2%) se declarou parcialmente satisfeita com as formações teórica e prática na universidade, ao passo que ao percentual de satisfeitos e insatisfeitos com ambas as formações representou 16,7% e 8,3%, respectivamente. Como as principais queixas dos participantes foi o déficit do ensino em urgências, supõe-se ser essa a justificativa para esse resultado.

A satisfação parcial do egresso traduz, em outras palavras, a existência de lacunas no ensino médico, fato este que está em concordância com a opinião dos médicos experientes quando questionados sobre o tema como pode ser evidenciado no GRAF. 11.

Gráfico 11 – Opinião dos médicos experientes sobre a existência de lacunas no ensino médico



Fonte: elaborado pela autora

No QUADRO 9 estão elencadas as lacunas presentes no ensino médico na visão dos médicos experientes.

Quadro 9 - Lacunas presentes no ensino médico na visão dos médicos experientes

No relacionamento e posicionamento com a equipe auxiliar
Na apresentação da medicina real aos estudantes a fim de se evitar o excesso de "idealização" e promover o amadurecimento dos alunos/egressos em relação à profissão
No reconhecimento do limite do esforço terapêutico ou do próprio limite técnico como

profissional
Na experiência/vivência com urgências
No preparo dos alunos para cenários mais graves e críticos
Na facilidade de acesso às universidades gerando médicos mal preparados
No manejo de situações clínicas menos usuais, ou diante de evoluções clínicas insatisfatórias, seja na emergência ou na clínica ambulatorial
Nas discussões de interpretação de exames e na condução de anamneses
No atendimento de urgências toxicológicas.
Na ênfase dos aspectos relevantes de identificação social, cultural e de gênero como fatores determinantes para o entendimento do processo de adoecimento e não somente como características ou atribuições individuais ou sociais

Fonte: elaborado pela autora

Quando questionados sobre como essas possíveis lacunas poderiam ser corrigidas, os médicos experientes citaram a reestruturação dos internatos, redução no número de faculdades de medicina e maior direcionamento do ensino médico para a formação de profissionais generalistas.

Internato mais bem estruturado e mais dinâmico para prática e não teoria. (M3)

Adequação dos Internatos. (M2)

Restrição do número de faculdades, testes psicológicos rotineiros e de progresso para que se possa identificar e aquele indivíduo está apto a atuar como médico. (M4)

Os cursos médicos precisam ser reformulados buscando uma formação acadêmica mais generalista. Médico generalista. As faculdades de medicina exaltam o médico especialista, uma vez que esse é mais bem remunerado. A formação generalista permitiria ao formando considerar diversos aspectos para o entendimento do processo de adoecimento do indivíduo enquanto pertencente a um contexto social. (M6)

O último discurso descrito acima pelo participante M6 (médico experiente número 6), vai de encontro ao que é relatado por Narciso *et al.* (2020), que acreditam que os princípios e fundamentos da formação médica que defendem a formação do médico generalista não condizem com o que fato acontece na realidade, pois, a sociedade brasileira ao valorizar e oferecer melhor remuneração ao médico especialista, atrai o interesse dos alunos já no início da faculdade, nas chamadas ligas acadêmicas. Como consequência, poucos estudantes se interessam pela prática generalista, que envolve baixa incorporação tecnológica e tem como mercado de trabalho as prefeituras e a estratégia de saúde da família, na atenção básica. os autores também atribuem esse fato à crescente

adoção da lógica da medicina baseada em evidências, que minimiza a relevância de uma prática mais individualizada.

Para finalizar o roteiro de entrevista dos médicos experientes, foi disponibilizado um campo para que eles pudessem, de forma livre, incluir qualquer informação que considerassem pertinente acrescentar sobre a atuação dos egressos na pandemia de Covid-19. Algumas considerações foram feitas como pode ser observado nas seguintes narrativas:

Muitos buscavam unicamente a boa remuneração que foi oferecida no período. (M1)

Foi primordial. A ajuda de todos foi bem vinda. Quanto à anamnese e exame físico, não vi grandes dúvidas, percebi maiores dificuldades em casos mais graves, principalmente com necessidade de procedimentos invasivos. (M3)

Foi necessário, já que se precisava de mão de obra, mas imagino o número de óbitos que poderiam ter sido evitados se os atendimentos tivessem sido realizados por profissionais mais competentes. (M4)

É muito importante a complementação da formação com uma residência médica. (M5)

Os recém formados demonstraram conhecimento e atitude para lidarem com situações clínicas de urgência e emergência, mas parecem ter dificuldade ao extrapolar essas situações nos seus diversos contextos. (M6)

Os egressos também tiveram a oportunidade de registrar informações adicionais que julgassem relevantes no atendimento a pacientes com Covid-19 conforme as seguintes narrativas:

É importante sempre acompanhar os novos estudos e pesquisas. (E1)

Acredito que o fato de não estarmos totalmente preparados até hoje em relação a estrutura para uma possível nova onda e com números altos de infectados graves é algo que me chama a atenção. Questão de saúde pública mesmo, independente de governo X ou Y. (E4)

Faltou teórica em medicina de urgência e intensiva. (E9)
Casos leves a moderados são bem manejados pelo profissional médico generalista com uma formação básica. (E12)

Paciente com complexidade ímpar; de difícil manejo. (E24)

A Covid foi uma pandemia que atacou não só a saúde física do paciente, mas a saúde de forma geral. Expôs a fragilidade dos serviços médicos, das tecnologias e da logística. Tivemos grandes desafios, desde suprimentos em medicamentos a número de profissionais nos serviços, esbarrando em uma contradição necessária: a atuação de médicos inexperientes versus a complexidade e gravidade dos pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave por Covid-19. (E19)

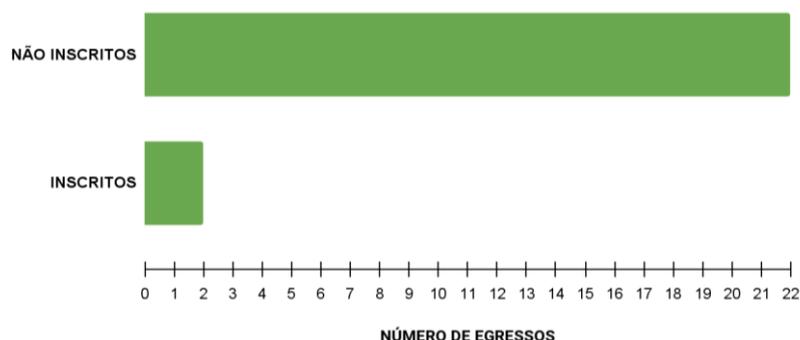
A narrativa descrita anteriormente correspondente ao egresso 19 (E 19), em especial, destaca-se pelo fato de sintetizar com clareza e objetividade toda a problemática envolvendo o surgimento inesperado da pandemia de Covid-19 em suas diversas nuances, como nos aspectos físicos, psicossociais e emocionais da população, sobretudo dos pacientes acometidos pelo coronavírus e dos profissionais da saúde diretamente envolvidos no atendimento desses pacientes, mais especificamente os médicos, foco desta pesquisa. Além disso, trouxe à tona as carências estruturais e operacionais dos serviços públicos de saúde no Brasil, bem como questões relacionadas à educação médica como, por exemplo, a deficiência nas atividades acadêmicas práticas, fato este que impacta diretamente na performance do egresso e ressalta o paradoxo que é observado diante desse cenário: médicos recém formados com habilidades práticas comprometidas e pouco suficientes, atuando em serviços de saúde de urgência e emergência, pois, na maioria das vezes, são esses os serviços assumidos pelos egressos como primeiro emprego.

Os dados presentes na literatura - embora ainda escassos em virtude da recente história da pandemia - e de posse das informações fornecidas pelos participantes, acredita-se que as deficiências na formação médica foram potencializadas pela pandemia da Covid-19, pois diversas mudanças nas metodologias de ensino ocorreram, a começar pela suspensão das atividades presenciais que foram substituídas pelo ensino remoto, até então um campo desconhecido no ensino médico. No estudo de Anido, Batista e Vieira (2021), foi observado que mais de 75% dos estudantes de medicina participantes apontaram que suas atividades acadêmicas haviam sido transformadas totalmente para o formato de ensino remoto, outros relataram o ensino híbrido, onde algumas aulas são ministradas online e outras presenciais. Segundo os autores, a pandemia fez surgir no estudante a necessidade em se adaptar ao ensino remoto e a preocupação quanto à validade dessa forma de aprendizado, uma vez que a maioria desses alunos acreditavam, de fato, que o processo de aprendizagem deles ficaria prejudicado devido à falta de atividades práticas.

Em relação à antecipação das formaturas autorizadas pelo MEC com a finalidade de aumentar a oferta de profissionais da área da saúde para atuarem no período pandêmico por meio da Ação Estratégica “Brasil Conta Comigo”, vale ressaltar que foram muitos os egressos inscritos no programa. Segundo dados presentes no site do governo federal, até a primeira quinzena de 2023, foram inscritos mais de 1 milhão de profissionais de saúde, sendo que cerca de 468 deles foram contratados para reforçar o atendimento nos estados do Amazonas, Amapá e Roraima. Mais de 110 mil acadêmicos também se inscreveram e, destes, pouco mais de 4.300 foram recrutados para atuarem no SUS. Mais de 55 mil

residentes também foram contratados (BRASIL, 2021). Nesse Contexto, considerou-se bastante relevante indagar os egressos participantes dessa pesquisa se os mesmos haviam obtido êxito na inscrição para a participação no programa, a fim de obterem o benefício do acréscimo de 10% na pontuação para as provas de residência médica ofertadas pelo MEC, haja visto que, por se tratar de um programa de especialização médica conhecido pela dificuldade de ingresso em virtude da alta concorrência, a possibilidade de aumento na nota das provas poderia ser um fator bastante atrativo para adesão dos recém formados à ação estratégica “Brasil Conta Comigo”. A grande maioria (91,7%) dos egressos não obteve êxito na inscrição do programa, ao passo que somente 8,7% obtiveram, embora nenhum destes últimos tenha, de fato, participado do programa. Os dados referentes ao número de egressos inscritos e não inscritos no programa "Brasil Conta Comigo" se encontram demonstrados no GRAF. 12.

Gráfico 12 – Número de egressos inscritos e não inscritos para o programa “Brasil Conta Comigo”



Fonte: elaborado pela autora

As razões pelas quais levaram os egressos a não participarem do programa “Brasil Conta Comigo” estão descritas no QUADRO 10.

Quadro 10 - “Razões para não adesão dos egressos no Programa Brasil Conta Comigo”

(Continua)

Não ter sido selecionado(a), mesmo tendo se inscrito*
Não ter se inscrito
Instituição que dispõe de Residência Médica não fazer parte do programa
Não possuir documentação necessária
Perda do prazo de inscrição

Não preenchimento dos critérios
Já estar em Programa de Residência Médica ou Especialização
Sistema de inscrição com inúmeras falhas
Muitos municípios não fazerem parte do Programa
Benefício não aplicável a plantonistas
Considerar-se com atuação insuficiente para participar do Programa
Não estar no município para o qual foi convocado(a)
Desconhecimento sobre o programa
Falta de interesse em participar do Programa

Nota:* Principal motivo relatado pelos egressos

Fonte: elaborado pela autora

Diante de um cenário completamente inesperado como o da pandemia, em que se fez necessário o recrutamento em massa desses profissionais, muitas fragilidades do ensino médico ficaram mais evidentes, uma vez que houve uma grande necessidade de se lançar mão de condutas emergenciais para o tratamento de pacientes graves e que incluem procedimentos invasivos como a intubação orotraqueal, acessos venosos e medidas clínicas mais agressivas que requerem conhecimento, segurança e, acima de tudo, a prática como na realização de prescrições por exemplo. Estas últimas também foram apontadas por muitos egressos como uma das dificuldades enfrentadas por eles, o que foi também observado por meio da análise de outros tantos estudos realizados em outros países e já citados ao longo dessa pesquisa, uma vez que serviram de referencial bibliográfico para sua execução. Por meio da autoavaliação dos egressos e da visão dos médicos com maior tempo de experiência sobre o desempenho daqueles na pandemia, essas fragilidades puderam ser elencadas e, à partir desse ponto, se tornou factível traçar um roteiro que buscou o entendimento das suas possíveis causas e propor adequações ou até mesmo mudanças na matriz curricular das universidades estivessem mais próximas das Diretrizes Curriculares Nacionais.

Desse modo, acredita-se que a implementação de adaptações no currículo do curso de medicina pelas universidades como maior tempo destinado ao treinamento de habilidades, à urgência/emergência e às unidades de terapia intensiva, permitindo que os estudantes tenham oportunidade de participarem ativamente da rotina desses serviços,

sobretudo com relação à realização de procedimentos desde que sejam compatíveis com seu nível de aprendizado e sob supervisão adequada.

No âmbito das universidades, uma estratégia que poderia apresentar bons resultados no que diz respeito à realização de prescrições, seria incluir na resolução dos casos clínicos, a elaboração de prescrições ao se definir o tratamento da doença estudada, simulando, desse modo, o ambiente assistencial. Nesse cenário simulado, poderia ainda ser feita, de forma rotineira, a inclusão de situações envolvendo aspectos relacionados à comunicação do médico com o paciente e seus familiares, considerando-se formas distintas de abordagem do médico, pois nem sempre os pacientes terão a mesma reação dentro de contextos semelhantes.

Dessa forma, com a prática diária, a matriz curricular das universidades se tornaria mais próxima das competências preconizadas pelas Diretrizes Nacionais Curriculares. Além disso, os estudantes, ao egressarem das universidades, teriam mais segurança e conhecimento para conduzirem os casos mais delicados com os quais se irão se deparar ao longo do exercício da profissão.

É imprescindível que se entenda a relação entre a preparação do médico e o bom andamento dos serviços de saúde, uma vez que as tomadas de decisões e as condutas são mais rápidas e otimizadas, o que influencia em um menor tempo de internação de pacientes, maior rotatividade dos leitos e, conseqüentemente, da capacidade de atendimento de um número maior de pessoas. Além disso, propicia a redução dos custos envolvendo propedêutica, medicamentos e encaminhamentos a outros especialistas desnecessariamente, o que é fundamental nos serviços de saúde, principalmente os públicos.

Espera-se que essa pesquisa possa contribuir para a reflexão sobre o ensino médico oferecido nas universidades, bem como para a sua adequação, de modo que esteja o mais próximo possível das Diretrizes Curriculares Nacionais. Dessa forma, os médicos recém formados estarão e se sentirão mais preparados para os desafios da profissão. Entretanto, ainda existem poucos estudos nesse contexto devido ao histórico recente da pandemia. Apesar disso, acredita-se que o presente estudo possa contribuir para a reflexão acerca da qualidade da formação médica no Brasil e das possíveis melhorias a serem implantadas pelas instituições educacionais, pois um ensino médico de excelência reflete positivamente nas práticas assistenciais de saúde.

9 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo apresentou como limitação o fato dos participantes de ambos os grupos (médicos experientes e egressos) não trabalharem juntos. Tal limitação ocorreu em virtude da dificuldade encontrada pelas pesquisadoras em recrutar os participantes aos pares, isto é, com um representante de cada grupo (médico egresso e médico experiente) e que tivessem atuado juntos na pandemia.

10 CONCLUSÃO

Concluiu-se com o estudo em questão, que a maioria dos egressos médicos considerou satisfatória a sua atuação no atendimento a pacientes com Covid-19, principalmente em relação aos casos leves e moderados se comparado aos casos graves, opinião esta compartilhada pela maior parte dos médicos experientes. A experiência em atuar na pandemia de Covid-19 se mostrou como um misto de sentimentos. Para muitos egressos ela foi desesperadora, difícil, desgastante, sacrificante, cansativa, assustadora, desafiadora e de muita responsabilidade, ao passo que, para outros, representou um momento único de grande aprendizado, crescimento e amadurecimento individual e profissional, além de gratificante pelo fato de ter sido possível contribuir com a sociedade naquela ocasião.

Por meio dos resultados obtidos, pode se inferir que o ensino médico possui lacunas no campo teórico e, principalmente, no contexto das habilidades práticas para abordagem e manejo adequado de pacientes graves em cenário de urgências e emergências, sendo perceptível na atuação dos egressos durante a pandemia da Covid-19.

REFERÊNCIAS

ABBASI, S. *et al.* Perceptions of students regarding e-learning during covid-19 at a private medical college. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, Karachi, v. 36, n. COVID19-S4, p. S57-S61, 2020. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7306963/> Acesso em: 21 ago. 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MANTENEDORAS DE ENSINO SUPERIOR. **Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina: uma nova agenda para os cursos.** Brasília, 2014. Disponível em: <https://abmes.org.br/eventos/detalhe/348/seminario-diretrizes-curriculares-de-medicina-uma-nova-agenda-para-os-cursos-> Acesso em: 15 jan. 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MANTENEDORAS DE ENSINO SUPERIOR. **Portaria MEC nº 383, de 09 de Abril de 2020.** Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/3097/portaria-mec-n-383-2020> -. Acesso em: 05 dez. 2020.

ALMEIDA, P. A. *et al.* Graduação antecipada do curso de Medicina durante a pandemia de Covid-19: avaliação preliminar. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 45, n. 73, 2021. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbem/a/PL4zwyrC3wHJV5s6rJb6fKGt/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 05 nov. 2020.

ANIDO, I.; BATISTA, K.; VIEIRA, J. Relatos da linha de frente: os impactos da pandemia da Covid-19 sobre profissionais e estudantes da Saúde em São Paulo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 25, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/TVyCcLHJq9r7fWWSHV5wLzy/?lang=pt> Acesso em: 15 jan. 2022.

BAAR, J.; GRAFFEO, C. S. Procedural Experience and Confidence Among Graduating Medical Students. *Journal of surgical education*, New York, v. 73, n. 3, p. 466-473, 2016. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26778743/> Acesso em: 21 ago. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2009.

BALZAN, N. C.; WANDERCIL, M. Formando médicos: a qualidade em questão. *Avaliação*, Campinas, v. 24, n. 3, p. 744-765, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/aval/a/hVdg7JfySM8XWSBSBsJ338g/?lang=pt> Acesso em: dia 21 ago 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução Nº 3, de 20 de Junho De 2014.** Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, 2014. Disponível em: https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE_RES_CNECESN32014.pdf?query=classificacao. Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 492, de 23 de março de 2020. Institui a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo", voltada aos alunos dos cursos da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). **Diário Oficial da União**: Seção 1 - Edição Extra ISSN 1677-7042 N° 56-C, p. 4 Brasília, 2020.

Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-492-de-23-de-marco-de-2020-249317442> . Acesso em: 26 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus> . Acesso em: 27 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Covid 19 no Brasil**. Brasília, 2023. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: 20 jan. 2023.

BURDICK, W. P. *et al.* Emergency medicine in undergraduate education. Academic Emergency Medicine, Philadelphia. **Acad Emerg Med** v. 5, n. 11, p. 1105-1110, 1998. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9835475/> Acesso em: dia 21 ago 2023.

CALAINHO, D. B. Jesuítas e medicina no Brasil colonial. **Tempo**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 19, p. 61-75, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tem/a/qXjqFSzvp6VymndWw4QtFKN/?lang=pt#> . Acesso em: 15 mar. 2023.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004. Disponível em [SciELO - Brasil - Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde](https://www.scielo.br/SciELO-Brasil-Método-de-análise-de-conteúdo-ferramenta-para-a-análise-de-dados-qualitativos-no-campo-da-saúde-Método-de-análise-de-conteúdo-ferramenta-para-a-análise-de-dados-qualitativos-no-campo-da-saúde). Acesso em: dia 21 ago 2023.

CAMPOS, M. C. G.; SENGER, M. H. O Trabalho do Médico Recém Formado em Serviços de Urgência. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 55, n. 15, p. 1-5, 2013. Disponível em <https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/40> Acesso em: dia 21 ago. 2023.

CANDEIAS, N. M. F. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1918 - 1945. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 18, 1984. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/G3kJsKnyQKLD6mPWBJS3fSC/?lang=pt> . Acesso em: 06 jun. 2023.

CAVALCANTE, J. R. *et al.* Covid-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica de 2020. **SciELO Brasil - Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/zNVktw4hcW4kpQPM5RrsqXz/> Acesso em: 15 dez. 2021.

CELENZA, A. *et al.* Implementation and evaluation of an undergraduate emergency medicine curriculum. **Emergency medicine**, Carlton South, v. 13, n. 1, p. 98-103, 2001. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11476422/> Acesso em: dia 21 ago 2023.

COELHO, B. M. *et al.* O impacto da pandemia da Covid-19 na formação médica: uma revisão integrativa. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 7, n. 12, p.522-545, 2021. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/3363/1351> . Acesso em: 15 abr. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ (CRM-PR). **Nota de esclarecimento aos médicos e à população. Assunto: antecipação de formatura de estudantes de medicina.** Brasília, 15 de abril de 2020. [online] Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_nota_antecipacao_formatura.pdf. Acesso em: 28 abr. 2023.

DIAS, N. S.; CUNHA, A. G. **Percepção dos alunos do nono semestre de graduação sobre o ensino de Urgência e Emergência na Faculdade de Medicina da Bahia.** 2016. 38f. Monografia (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

DOST, S. *et al.* Perceptions of medical students towards online teaching during the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional survey of 2721 UK medical students. **BMJ Open**, United Kingdom, v. 10, n. 11, 2020. Disponível em <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/11/e042378.full.pdf> Acesso em: dia 21 de ago 2023.

FRANCO, C. A. G. S.; CUBAS, M. R.; FRANCO, R. S. Currículo de Medicina e as Competências Propostas pelas Diretrizes Curriculares. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 38, n. 2, p. 221-230, 2014. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbem/a/yRKVLRHwZL6p9B3yGhvpnCg/abstract/?lang=pt> Acesso em: dia 21 de ago 2023.

FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, London, v. 376, n. 9756, p.1923-1958, 2010. Disponível em https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/4626403/Ed_HealthProfCommisionp5_40.PDF?sequence=1&isAllowed=y Acesso em: dia 21 ago de 2023.

FERREIRA, L. C. *et al.* Lições da pandemia de Covid-19: um estudo quali-quantitativo com estudantes de Medicina e médicos recém-formados. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 46, n. 3, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/5rKy3mtNzwJtLVb5gMqxptj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2023.

FREIRE, M. A. M; AMORIM, W. M. A Enfermagem de Saúde Pública no Distrito Federal: A influência do relatório Goldmark (1923 A 1927). **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 115 - 24, 2008. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ean/a/3FSHvY7DTQYkVm8RyQvwjnj/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: dia 21 ago 2023.

FREITAS, L. S.; RIBEIRO, M. F.; BARATA, J. L. M. The development of competencies in medical education: the challenges of reconciling the National Curricular Guidelines in a changing educational scenario. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.

28, p. 1–8, 2018. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/2373> . Acesso em: 15 out. 2020.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. Covid-19: balanço de dois anos da pandemia aponta vacinação como prioridade. Boletim Observatório Covid-19, Brasília - Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/>. Acesso em: 17 abr. 2023.

GALLAGHER, T. H.; SCHLEYER, A. M. “We Signed Up for This!”: Student and Trainee Responses to the Covid-19 Pandemic. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 382, n. 25, 2020. Disponível em <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005234> Acesso em: dia 21 ago 2023.

GEOGHEGAN, S. E. *et al.* Preparedness of newly qualified doctors in Ireland for prescribing in clinical practice. **British Journal of Clinical Pharmacology**, Oxford, v. 83, n. 8, p. 1826–1834, 2017. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5510062/> Acesso em: dia 21 ago 2023.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, maio 1995. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rae/a/ZX4cTGrqYfVhr7LvVyDBgdb/?lang=pt> Acesso em: dia 21 ago 2023.

GOMES, A. P. *et al.* Análise bioética do uso de recém-cadáveres na aprendizagem prática em medicina. **Rev Assoc Med Bras**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 11-16, 2010. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ramb/a/jwBQ6CZ6M4dq9Mj76cGy7QB/> Acesso em: dia 21 ago 2023.

GOMES, V. T. S. *et al.* A pandemia da Covid-19: Repercussões do Ensino Remoto na Formação Médica, **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 183-205, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbem/a/xZjx57LqBz9N6wcLPrTS9fs/> Acesso em: dia 21 de ago 2023.

GONTIJO, E. D. *et al.* Matriz de Competências Essenciais para a Formação e Avaliação de Desempenho de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Belo Horizonte, v. 37, n.4, p. 526-539, 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbem/a/htjq3FYKydxKhYyxFYJZ7Yp/abstract/?lang=pt> Acesso em: dia 21 ago 2023.

HAWKINS, N. *et al.* Exploring why medical students still feel underprepared for clinical practice: a qualitative analysis of an authentic on-call simulation. **BMC Medical Education**, London, v. 21, n. 1, p. 1–11, 2021. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-021-02605-y> Acesso em: 15 ago. 2022.

ISER, B. P. M *et al.* Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 3, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/9ZYsW44v7MXqvzkzPQm66hhD/?format=pdf> Acesso em: 20 maio 2021.

JOHN HOPKINS UNIVERSITY MEDICINE. **World countries:** Brazil. [S.l.]: Center for Systems Science and Engineering, Coronavirus Resource Center, 2022. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/region/brazil>. Acesso em 27/12/22. Acesso em: 14 jan. 2023.

KLASEN, J. M. *et al.* Harnessing unique experiences to build competence: Medical student engagement in frontline care during the COVID-19 pandemic. **Swiss Medical Weekly**, Basel, v. 151, n. 7-8, p. 4-6, 2021. doi.org/10.4414/smw.2021.20480. Disponível em: <https://smw.ch/index.php/smw/article/view/2954>. 15 ago. 2022.

KUMARI, A.; RANI, S.; BARA, M. P. A study on the perception of medical students using online teaching during covid-19 pandemic. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, Ranchi, v. 11, n. 6, p. 2552-2556, 2022. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9480704/> Acesso em: dia 21 ago 2023.

LAZARINI FILHO, P. H. **Narrativa crítico-reflexiva: o impacto da pandemia pelo coronavírus no internato de medicina UFSCAR.** Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de São Carlos - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - Departamento de Medicina, São Carlos, 2021. Disponível em <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/15334/TCC%20LAZARINI%20FILHO%2c%20PH%202021%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: dia 21 ago 2023.

LEITE, H. N. F.; MASCARENHAS, S. A. N. A percepção dos estudantes de medicina sobre o estágio na atenção primária à saúde no interior do Amazonas, Brasil (2020). **Revista Amazônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq.** Humaitá, v. 13, n. 2, p. 339-364, jul./dez. 2021. Acesso em: 10 nov. 2021. Disponível em <https://www.periodicos.ufam.edu.br/index.php/amazonica/article/view/9054/6531> Acesso em: dia 21 ago 2023.

MACHADO, M. H. *et al.* Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de Covid-19: a realidade brasileira. In: PORTELA, M. C.; REIS, L. G. C.; LIMA, S. M. L. (ed). **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [online]**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022. p. 283-295. (Informação para ação na Covid-19 séries). Disponível em <https://books.scielo.org/id/kymhj/pdf/portela-9786557081587-21.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2023.

MACEDO, R. M. Direito ou privilégio? Desigualdades digitais, pandemia e os desafios de uma escola pública. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 73, p. 262-280, 2021. doi: doi.org/10.1590/S2178-149420210203. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eh/a/SGqJ6b5C4m44vh8R5hPV78m/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 out. 2022.

MAIEVES, H. M. *et al.* COVID-19: Impacto da pandemia sobre os estágios curriculares dos cursos da área da saúde. **Research, Society and Development**, Paraná, v. 11, n. 12, e538111234721, 2022. Disponível em <https://www.aunirede.org.br/revista/index.php/emrede/article/view/739> Acesso em: em 21 ago 2023.

MATIAS, V. R. B. *et al.* O impacto da pandemia da Covid-19 na qualidade de vida dos profissionais de saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 10, 2022. doi: doi.org/10.25248/REAS.e11112.2022. disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/11112/6585> Acesso em: 15 jan. 2023.

MEIRELES, M. A. C.; FERNANDES, C. C. P.; SILVA, L. S. Formação Médica: expectativas dos discentes do primeiro ano do curso de Medicina de uma instituição de ensino superior curricular. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43, n. 2, p. 67-78, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbem/a/GZFvH7frghsyhKBnZhbYRLn/abstract/?lang=pt> Acesso em: em 21 de ago 2023.

MESTRINHO, V. M. M. V.; MESTRINHO, B. V. COVID-19 e os estudantes de medicina. **Brasília Médica**, Brasília, v. 59; p. 1-11, 2022. Disponível em <https://cdn.publisher.gn1.link/rbm.org.br/pdf/v59a184.pdf> Acesso em: dia 21 ago 2023.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo - Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/Bgpmz7T7cNv8K9Hg4J9fJDb/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 21 de ago 2023.

MORETTI-PIRES, R. O. *et al.* Estratégias pedagógicas na educação médica ante os desafios da Covid-19: uma revisão de escopo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Santa Catarina, v. 45, n.01, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/BB9TpJF7VSszhQRxbxxfvBh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2023.

MOURA, A. C. A. *et al.* Estratégias de Ensino-Aprendizagem para Formação Humanista, Crítica, Reflexiva e Ética na Graduação Médica: Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 44, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/rFwC8ScKrLvKzZQLfs7gznF/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 15 jan. 2023.

NARCISO, L. *et al.* O exercício da medicina no enfrentamento da COVID-19 – vulnerabilidades e necessidades protetivas. Rio de Janeiro: **Portal Fiocruz**, 2020. doi: 10.13140/RG.2.2.25623.80802. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br>. Acesso em: 10 out. 22.

OLIVEIRA, S. S.; POSTAL, E. A.; AFONSO, D. H. As Escolas Médicas e os desafios da formação médica diante da epidemia brasileira da COVID-19: das (in)certezas acadêmicas ao compromisso social. **APS Em Revista**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 56-60, 2020. Disponível em <https://apsemrevista.org/aps/article/view/69> Acesso em: dia 21 de ago 2023.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbem/a/QDYhmRx5LgVNSwKDKqRyBTy/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: dia 21 ago 2023.

PERES, C. M.; ANDRADE, A. S.; GARCIA, S. B. Atividades Extracurriculares: Multiplicidade e Diferenciação Necessárias ao Currículo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 203-211, 2007. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbem/a/9zRv4FHsknWwCxq9V3kJ5Dj/> Acesso em: dia 21 ago 2023.

PERRENOUD, P. **A prática reflexiva no ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica**. Porto Alegre: Artmed; 2002.

REGO, S. **Educação Médica: história e questões**. In: REGO, S. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p.21-44. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/41906/reg-9788575413241.pdf?sequence=2&isAllowed=y> . Acesso em: 15 mar. 2023.

RODERJAN, A. K. *et al.* Competências clínicas do aluno de medicina em urgência e emergência: análise evolutiva através do OSCE. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Curitiba, v. 45, n. 4, 2021. Disponível em: DOI: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/qJvcjsjzxS8wsynFfZwdrcp/> . Acesso em: 25 jul. 2023.

SANTANA, N. *et al.* Segurança dos profissionais de saúde no enfrentamento do novo coronavírus no Brasil. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/qzdy4jvzyRck6FfxMBGL4mh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2021.

SANTOS, B. M. *et al.* Educação Médica durante a Pandemia da Covid-19: uma Revisão de Escopo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 44, n. 1, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbem/a/8bxyBynFtjnSg3nd4rxtmhF/>. Acesso em: 21 ago de 2023.

SILVA, G. M. *et al.* Avaliação do ambiente acadêmico e qualidade de vida dos estudantes de Medicina do ciclo básico da Universidade de Uberaba. **Research, Society and Development**, Uberaba, v. 10, n. 13, 2021. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/355308279_Avaliacao_do_ambiente_academico_e_qualidade_de_vida_dos_estudantes_de_Medicina_do_ciclo_basico_da_Universidade_de_Uberaba Acesso em: 21 ago de 2023.

SOUZA, D. T.; KNOBLOCH, F. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para Medicina: avanços e desafios. **Associação Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 11, p. 5-61, 2015. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM_Vol11.pdf. Acesso em: 23 maio 2021.

SUBASHINI, N. *et al.* Undergraduate perceptions on transitioning into E-learning for continuation of higher education during the Covid pandemic in a developing country: a cross-sectional study from Sri Lanka. **BMC Medical Education**, [S.l.], v. 22, n. 521, 2022. Disponível em <https://bmcmmeduc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-022-03586-2> Acesso em: 21 ago de 2023.

TACAHASHI, D. S.; RENA, L. M.; BUENO, M. V. Avaliação do estilo de vida e o impacto da pandemia da COVID-19 em estudantes de medicina e enfermagem. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 22, n. 3, p. 125-129, 2020. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/51737> Acesso em: 21 ago de 2023.

TEAGLE, A. R. *et al.* Preparing medical students for clinical practice: easing the transition. **Perspectives on Medical Education**, [S.l.], v. 6, n. 4, p. 277–280, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28397007/> Acesso em: 15 nov. 2022.

TEIXEIRA, C. F. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020. doi: 10.1590/1413-81232020259.19562020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6J6vP5KJZyy7Nn45m3Vfypx/>. Acesso em: 15 nov. 2022.

TURATO, E. R. Decidindo quais indivíduos estudar. *In*: TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 351-368.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rsp/a/qtCBFFfZTRQVsCJtWhc7qnd/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 21 ago de 2023

VEDOVATO, T. G. *et al.* Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, Rio de Janeiro, v. 46, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/CHvhLDtkH8WPmSygjHZgzNw/>. Acesso em: 19 out. 2022.

ZILLE, L. P.; TELES, J. S. Pandemia da Covid-19 e o risco de adoecimento mental de médicos. **Revista Gestão e Planejamento**, Salvador, v. 23, p. 673-692, 2022. Disponível em: Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/rgb/article/view/7123>. Acesso em: 13 jan. 2023.

ZINGRA, K. N. *et al.* Educação permanente para profissionais da área da saúde como estratégia de combate ao enfrentamento da pandemia de COVID-19 na região norte: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 12, n. 12, p. 1-7, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/347339006_Educacao_permanente_para_profissionais_da_area_da_saude_como_estrategia_de_combate_ao_enfretamento_da_pandemia_de_COVID-19_na_regiao_norte_relato_de_experiencia. Acesso em: 15 dez. 2022.

**APÊNDICE A - TCLE – Termo De Consentimento Livre E Esclarecido - Médicos
Experientes**

1- DADOS DA PESQUISA

TÍTULO DA PESQUISA: A percepção sobre a formação do médico generalista para a abordagem e manejo do paciente no contexto da Pandemia de Covid-19.

PESQUISADOR: Camilla Jovita Souza Santos Fernandes

PESQUISADORES PARTICIPANTES: Camila do Carmo Said

Karen Cecília de Lima Torres Navarro

Mariana Moreira Machado

ENDEREÇO: Rua Professora Maristela Avelar, 142 - Bairro Praia Angélica 2 - Lagoa Santa /
MG

TELEFONE DE CONTATO: (31)99517-5121

E-MAIL: camillajovita@yahoo.com.br

PATROCINADORES: Não há

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, de uma pesquisa científica. Pesquisa é um conjunto de procedimentos que procura criar ou aumentar o conhecimento sobre um assunto. Essas descobertas embora frequentemente não tragam benefícios diretos ao participante da pesquisa, podem no futuro ser úteis para muitas pessoas.

Para decidir se aceita ou não participar desta pesquisa, o(a) senhor(a) precisa entender o suficiente sobre seus riscos e benefícios, para que possa fazer um julgamento consciente. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição.

Explicaremos as razões da pesquisa. A seguir, forneceremos um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), documento que contém informações sobre a pesquisa, para que leia e avalie a sua anuência após a leitura, compreensão do objetivo da pesquisa e eventuais dúvidas em relação à pesquisa.

Uma vez compreendido o objetivo da pesquisa e havendo interesse em participar, você poderá manifestar a sua anuência. Ao marcar a resposta SIM, você está assinando o TCLE de forma eletrônica e concordando com a sua inclusão no estudo, equivalente à sua rubrica nas páginas do TCLE e sua assinatura na última página. Se você não concordar em participar do estudo, assinará a alternativa NÃO, momento em que será encerrada a participação na pesquisa sem quaisquer prejuízos. Caso você concorde em participar do estudo, você responderá algumas informações sociodemográficas e em seguida responderá ao questionário com perguntas sobre a observação do atendimento ao paciente com Covid-19 pelo médico egresso.

2 Informações da pesquisa

2.1 Justificativa: Sabe-se que a literatura médica aponta deficiências na formação do médico generalista e que a pandemia de Covid-19 gerou dificuldades adicionais no ensino médico como, por exemplo, aulas no formato remoto com uma grande redução das aulas práticas clínicas, pois estas são feitas presencialmente, além das antecipações das formaturas desses alunos. Além disso, por se tratar de uma doença nova, a abordagem do paciente, até mesmo pelo médico mais experiente, tem sido uma tarefa árdua e a imensa maioria desses profissionais desenvolveu diversos sintomas relacionados à saúde mental. Diante das hipóteses de que há um déficit no ensino prático durante a graduação de Medicina que foi potencializado na pandemia de Covid-19 e de que os egressos médicos tiveram dificuldades práticas no manejo do paciente com Covid-19, além da insegurança e ansiedade e, ainda, de que o médico experiente observou tais dificuldades nesses novos profissionais, o presente estudo se justifica até mesmo pelo fato da literatura médica ser carente de trabalhos que avaliem, pela ótica do médico recém formado, a experiência dessa vivência.

2.2 Objetivos: Analisar a autopercepção do médico recém-formado sobre suas habilidades para o manejo do paciente com diagnóstico de Covid-19, buscando compreender seu sentimento durante a assistência a esses pacientes. Além disso, será averiguada a visão do médico mais experiente sobre a atuação do egresso na abordagem do paciente com Covid-19.

2.3 Metodologia: A participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário com perguntas sobre a sua vivência no atendimento ao paciente com Covid-19.. Esse questionário será enviado por meio do e-mail informado pelo participante. Nele, constará um link por

meio do qual o participante será direcionado para plataforma Googledocs, onde o questionário deverá ser preenchido de forma on-line. Vale ressaltar que, após o envio do questionário, o participante poderá ser contactado pelas pesquisadoras para possíveis questionamentos mais aprofundados acerca de aspectos do estudo, conforme julgarem necessário.

2.4 Riscos e Desconfortos: Durante a pesquisa, não haverá nenhum risco físico. Poderá existir risco potencial de constrangimento ao responder as perguntas do questionário. Porém, não serão feitas perguntas sobre os seus aspectos pessoais. Também poderá haver o risco potencial relacionado ao cansaço ao responder o questionário. Porém, tal risco será reduzido, uma vez que os questionários serão disponibilizados e realizados de forma on-line, a fim de que você possa escolher o horário e o local conforme lhe for mais conveniente. Essa estratégia também irá minimizar o risco de exposição ao SARS-Cov-2, agente etiológico da COVID-19 (por estarmos ainda em situação de pandemia com orientação de se evitar aglomerações).

Em virtude do uso do ambiente virtual para o preenchimento dos questionários, existirá um risco mínimo de reconhecimento da sua identidade e perda da confidencialidade dos seus dados de identificação, uma vez que haverá necessidade de inseri-los para registro no TCLE. Também haverá possibilidade de exposição de forma invasiva por meio da ação de hackers. Para minimizar esses riscos potenciais, os dados do TCLE e dos questionários serão retirados da nuvem e devidamente arquivados em um HD externo, que ficará em posse da pesquisadora principal, sob segurança rígida e domiciliar, protegido por senha única para acesso ao conteúdo.

Orienta-se, ainda, que você também salve uma cópia do conteúdo e guarde-a consigo.

Somente as pesquisadoras terão acesso ao banco de dados e ao conteúdo das respostas dos questionários.

Você terá sua identidade mantida em sigilo e não constará nos resultados da pesquisa. Não há riscos financeiros.

2.5 Benefícios: A pesquisa não beneficiará você diretamente. Contudo, a compilação dos dados a partir da participação na pesquisa poderá contribuir para o aprimoramento das estratégias de ensino teórico e prático nas universidades voltadas para uma melhor formação do médico generalista, em relação à formação dos egressos no cenário da pandemia de Covid-19. Sendo assim, poderá beneficiar indiretamente futuros alunos do curso de Medicina, além do

potencial benefício de utilização dessas estratégias de ensino por outras instituições de ensino superior.

2.6 Privacidade e Confidencialidade: As pesquisadoras estão comprometidas em manter o sigilo da identificação dos participantes, em cumprimento às normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde referente à “garantia de sigilo que assegura a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confiáveis envolvidos na pesquisa” e todas as demais normas e diretrizes reguladoras exigidas. Os resultados obtidos nesta pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo. As informações obtidas, bem como as informações sociodemográficas, serão identificadas pelos pesquisadores. Todos os dados da pesquisa serão armazenados em local seguro por cinco anos.

2.7 Acesso aos resultados: Você tem direito de acesso atualizado aos resultados da pesquisa, ainda que estes possam afetar sua vontade em continuar participando do trabalho. A qualquer momento, durante ou após a pesquisa, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio dos explicitados neste Termo.

3 Liberdade de recusar-se e retirar-se do estudo

A escolha de entrar ou não neste estudo é inteiramente sua. Caso haja recusa em participar, você não sofrerá qualquer tipo de prejuízo ou represália.

Você poderá retirar-se da pesquisa a qualquer momento sem nenhum ônus e, se isso acontecer, os pesquisadores continuarão a tratá-lo(á) de forma respeitosa e sem qualquer prejuízo ou represália e as informações coletadas até o momento serão apagadas do banco de dados.

Contudo, sua participação é de extrema importância para a execução do estudo.

4 Garantia de Ressarcimento

Você não poderá ter compensações financeiras para participar da pesquisa, exceto como forma de ressarcimento de custos. Entretanto, você não terá qualquer custo, pois este será de responsabilidade do orçamento da pesquisa. Não há riscos financeiros.

5 Acesso ao pesquisador

A qualquer momento, durante ou após a pesquisa, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio dos contatos explicitados neste Termo.

Os pesquisadores declaram que se comprometem a cumprir todos os termos aqui descritos.

Pesquisadoras:

Pesquisadora orientadora: Karen Cecília de Lima Torres
Pesquisadora co orientadora: Camila do Carmo Said
Pesquisador: Camilla Jovita Souza Santos Fernandes
Telefones: (31) 98869-7915 / (31) 99639-6599 / (31) 99517-5121

Endereço: Rua Professora Maristela Avelar, 142 - Bairro Praia Angélica 2 - Lagoa Santa/ MG

E-mail: karen.navarro@unifenas.br
camila.said@unifenas.br
camillajovita@yahoo.com.br

6 Acesso a instituição

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, à instituição responsável pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos éticos, através do contato abaixo:

Comitê de Ética - UNIFENAS:
Rodovia MG 179, Km 0, Alfenas – MG
Telefone: (35) 3299-3137
E-mail: comitedeetica@unifenas.br
Segunda à sexta-feira das 14:00h às 16:00h

7 Consentimento do participante

Após assinalar SIM, declaro que concordo em participar deste estudo como voluntário(a) de pesquisa, bem como expresse minha concordância em participar, autorizando os pesquisadores e o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano,

de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha identidade. Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos pesquisadores e à instituição de ensino. Foi-me garantido que eu posso me recusar a participar e retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade.

E-mail *

Você está ciente dos termos do TCLE e de acordo em participar da pesquisa? *

SIM, estou ciente dos termos do TCLE e estou de acordo em participar da pesquisa.

NÃO, não quero participar da pesquisa.

APÊNDICE B - TCLE - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido Médicos

Egressos

DADOS DA PESQUISA

TÍTULO DA PESQUISA: A percepção sobre a formação do médico generalista para a abordagem e manejo do paciente no contexto da Pandemia de Covid-19.

PESQUISADOR: Camilla Jovita Souza Santos Fernandes

PESQUISADORES PARTICIPANTES: Camila do Carmo Said
Karen Cecília de Lima Torres Navarro
Mariana Moreira Machado

ENDEREÇO: Rua Professora Maristela Avelar, 142 - Bairro Praia Angélica 2 - Lagoa Santa / MG

TELEFONE DE CONTATO: (31)99517-5121

E-MAIL: camillajovita@yahoo.com.br

PATROCINADORES: Não há

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, de uma pesquisa científica. Pesquisa é um conjunto de procedimentos que procura criar ou aumentar o conhecimento sobre um assunto. Essas descobertas embora frequentemente não tragam benefícios diretos ao participante da pesquisa, podem no futuro ser úteis para muitas pessoas.

Para decidir se aceita ou não participar desta pesquisa, o(a) senhor(a) precisa entender o suficiente sobre seus riscos e benefícios, para que possa fazer um julgamento consciente. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição.

Explicaremos as razões da pesquisa. A seguir, forneceremos um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), documento que contém informações sobre a pesquisa, para que leia e avalie a sua anuência após a leitura, compreensão do objetivo da pesquisa e eventuais dúvidas em relação à pesquisa.

Uma vez compreendido o objetivo da pesquisa e havendo interesse em participar, você poderá manifestar a sua anuência. Ao marcar a resposta SIM, você está assinando o TCLE de forma eletrônica e concordando com a sua inclusão no estudo, equivalente à sua rubrica nas páginas do TCLE e sua assinatura na última página. Se você não concordar em participar do estudo, assinará a alternativa NÃO, momento em que será encerrada a participação na pesquisa sem quaisquer prejuízos. Caso você concorde em participar do estudo, você responderá algumas informações sociodemográficas e em seguida responderá ao questionário com perguntas sobre a sua experiência como egresso de Medicina no cenário da pandemia e sua percepção em relação à formação acadêmica nesse contexto, bem como sua vivência no atendimento ao paciente com Covid-19.

Informações da pesquisa

2.1- Justificativa: Sabe-se que a literatura médica aponta deficiências na formação do médico generalista e que a pandemia de Covid-19 gerou dificuldades adicionais no ensino médico como, por exemplo, aulas no formato remoto com uma grande redução das aulas práticas clínicas, pois estas são feitas presencialmente, além das antecipações das formaturas desses alunos. Além disso, por se tratar de uma doença nova, a abordagem do paciente, até mesmo pelo médico mais experiente, tem sido uma tarefa árdua e a imensa maioria desses profissionais desenvolveu diversos sintomas relacionados à saúde mental. Diante das hipóteses de que há um déficit no ensino prático durante a graduação de Medicina que foi potencializado na pandemia de Covid-19 e de que os egressos médicos tiveram dificuldades práticas no manejo do paciente com Covid-19, além da insegurança e ansiedade e, ainda, de que o médico experiente observou tais dificuldades nesses novos profissionais, o presente estudo se justifica até mesmo pelo fato da literatura médica ser carente de trabalhos que avaliem, pela ótica do médico recém formado, a experiência dessa vivência.

2.2- Objetivos: Analisar a autopercepção do médico recém-formado sobre suas habilidades para o manejo do paciente com diagnóstico de Covid-19, buscando compreender seu sentimento durante a assistência a esses pacientes. Além disso, será averiguada a visão do médico mais experiente sobre a atuação do egresso na abordagem do paciente com Covid-19.

2.3- Metodologia: A participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário com perguntas sobre a sua vivência no atendimento ao paciente com Covid-19. Esse questionário será enviado por meio do e-mail informado pelo participante. Nele, constará um link por meio do qual o participante será direcionado para plataforma GoogleDocs, onde o questionário deverá ser preenchido de forma on-line. Vale ressaltar que, após o envio do questionário, o participante poderá ser contactado pelas pesquisadoras para possíveis questionamentos mais aprofundados acerca de aspectos do estudo, conforme julgarem necessário.

- Riscos e Desconfortos: Durante a pesquisa, não haverá nenhum risco físico. Poderá existir risco potencial de constrangimento ao responder as perguntas do questionário. Porém, não serão feitas perguntas sobre os seus aspectos pessoais. Também poderá haver o risco potencial relacionado ao cansaço ao responder o questionário. Porém, tal risco será reduzido, uma vez que os questionários serão disponibilizados e realizados de forma on-line, a fim de que você possa escolher o horário e o local conforme lhe for mais conveniente. Essa estratégia também irá minimizar o risco de exposição ao SARS-Cov-2, agente etiológico da COVID-19 (por estarmos ainda em situação de pandemia com orientação de se evitar aglomerações).

Em virtude do uso do ambiente virtual para o preenchimento dos questionários, existirá um risco mínimo de reconhecimento da sua identidade e perda da confidencialidade dos seus dados de identificação, uma vez que haverá necessidade de inseri-los para registro no TCLE. Também haverá possibilidade de exposição de forma invasiva por meio da ação de hackers. Para minimizar esses riscos potenciais, os dados do TCLE e dos questionários serão retirados da nuvem e devidamente arquivados em um HD externo, que ficará em posse da pesquisadora principal, sob segurança rígida e domiciliar, protegido por senha única para acesso ao conteúdo.

Orienta-se, ainda, que você também salve uma cópia do conteúdo e guarde-a consigo.

Somente as pesquisadoras terão acesso ao banco de dados e ao conteúdo das respostas dos questionários.

Você terá sua identidade mantida em sigilo e não constará nos resultados da pesquisa. Não há riscos financeiros.

2.5. Benefícios: A pesquisa não beneficiará você diretamente. Contudo, a compilação dos dados a partir da participação na pesquisa poderá contribuir para o aprimoramento das estratégias de ensino teórico e prático nas universidades voltadas para uma melhor formação do médico generalista, em relação à formação dos egressos no cenário da pandemia de Covid-19. Sendo assim, poderá beneficiar indiretamente futuros alunos do curso de Medicina, além do potencial benefício de utilização dessas estratégias de ensino por outras instituições de ensino superior.

2.6. Privacidade e Confidencialidade: As pesquisadoras estão comprometidas em manter o sigilo da identificação dos participantes, em cumprimento às normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde referente à “garantia de sigilo que assegura a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confiáveis envolvidos na pesquisa” e todas as demais normas e diretrizes reguladoras exigidas. Os resultados obtidos nesta pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo. As informações obtidas, bem como as informações sociodemográficas, serão identificadas pelos pesquisadores.

Todos os dados da pesquisa serão armazenados em local seguro por cinco anos.

2.7. Acesso aos resultados: Você tem direito de acesso atualizado aos resultados da pesquisa, ainda que estes possam afetar sua vontade em continuar participando do trabalho. A qualquer momento, durante ou após a pesquisa, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio dos explicitados neste Termo.

3- Liberdade de recusar-se e retirar-se do estudo

A escolha de entrar ou não neste estudo é inteiramente sua. Caso haja recusa em participar, você não sofrerá qualquer tipo de prejuízo ou represália.

Você poderá retirar-se da pesquisa a qualquer momento sem nenhum ônus e, se isso acontecer,

os pesquisadores continuarão a tratá-lo(á) de forma respeitosa e sem qualquer prejuízo ou represália e as informações coletadas até o momento serão apagadas do banco de dados.

Contudo, sua participação é de extrema importância para a execução do estudo.

4- Garantia de Ressarcimento

Você não poderá ter compensações financeiras para participar da pesquisa, exceto como forma de ressarcimento de custos. Entretanto, você não terá qualquer custo, pois este será de responsabilidade do orçamento da pesquisa. Não há riscos financeiros.

5- Acesso ao pesquisador:

A qualquer momento, durante ou após a pesquisa, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio dos contatos explicitados neste Termo.

Os pesquisadores declaram que se comprometem a cumprir todos os termos aqui descritos.

Pesquisadoras:

Pesquisadora orientadora: Karen Cecília de Lima Torres

Pesquisadora co orientadora: Camila do Carmo Said

Pesquisador: Camilla Jovita Souza Santos Fernandes

Telefones: (31) 98869-7915 / (31) 99639-6599 / (31) 99517-5121

Endereço: Rua Professora Maristela Avelar, 142 - Bairro Praia Angélica 2 - Lagoa Santa / MG

E-mail: karen.navarro@unifenas.br

camila.said@unifenas.br

camillajovita@yahoo.com.br

6- Acesso a instituição

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, à instituição responsável pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos éticos, através do contato abaixo:

Comitê de Ética - UNIFENAS:

Rodovia MG 179, Km 0, Alfenas – MG

Telefone: (35) 3299-3137

E-mail: comitedeetica@unifenas.br

Segunda à sexta-feira das 14:00h às 16:00h

7- Consentimento do participante

Após assinalar SIM, declaro que concordo em participar deste estudo como voluntário(a) de pesquisa, bem como expresse minha concordância em participar, autorizando os pesquisadores e o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano, de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha identidade. Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos pesquisadores e à instituição de ensino. Foi-me garantido que eu posso me recusar a participar e retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade.

E-mail *

Você está ciente dos termos do TCLE e está de acordo em participar da pesquisa? *

- SIM, estou ciente dos termos do TCLE e estou de acordo em participar da pesquisa.
- NÃO, não quero participar da pesquisa.

APÊNDICE C - Roteiro De Entrevista Estruturada Médicos Experientes

Roteiro de Entrevista Estruturada - Avaliação da visão do médico mais experiente sobre a atuação do egresso de medicina na abordagem do paciente com Covid-19

Estamos realizando uma pesquisa sobre a percepção do médico mais experiente sobre o egresso de medicina, em relação à sua formação como médico generalista para a abordagem e o manejo do paciente no contexto da pandemia de Covid-19.

Solicitamos sua colaboração voluntária respondendo TODAS as questões abaixo, inclusive as questões de respostas dissertativas. Não há respostas certas nem erradas.

As informações são confidenciais e serão utilizadas somente para atender aos objetivos da pesquisa.

Caso utilize o aparelho celular para responder o roteiro, use-o na posição horizontal para facilitar o preenchimento.

E-mail *

APÊNDICE D - Roteiro De Entrevista Estruturada - Egressos Médicos

Roteiro de Entrevista Estruturada - Autopercepção do egresso de medicina frente ao atendimento de pacientes com Covid-19

Estamos realizando uma pesquisa sobre a percepção do egresso de medicina da Unifenas - BH sobre a formação do médico generalista para a abordagem e o manejo do paciente no contexto da pandemia de Covid-19.

Solicitamos sua colaboração voluntária respondendo TODAS as questões abaixo, inclusive as questões de respostas dissertativas. Não há respostas certas nem erradas.

As informações são confidenciais e serão utilizadas somente para atender aos objetivos da pesquisa.

E-mail *

APÊNDICE E - Classificação dos casos de COVID -19 - Ministério Da Saúde (2021)

CLASSIFICAÇÃO DOS CASOS DE COVID-19 SEGUNDO O MINISTÉRIO DA SAÚDE (2021)

1. Caso assintomático: caracterizado por teste laboratorial positivo para covid-19 e ausência de sintomas. 2. Caso leve: presença de sintomas não específicos, como tosse, dor de garganta ou coriza, seguido ou não de anosmia, ageusia, diarreia, dor abdominal, febre, calafrios, mialgia, fadiga e/ou cefaléia. 3. Caso moderado: Os sintomas mais frequentes podem incluir desde sinais leves da doença, como tosse persistente e febre persistente diária, até sinais de piora progressiva de outro sintoma relacionado à covid-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia), além da presença de pneumonia sem sinais ou sintomas de gravidade. 4. Caso grave: representado pela Síndrome Respiratória Aguda Grave (Síndrome Gripal que apresente dispnéia/desconforto respiratório ou pressão persistente no tórax ou saturação de oxigênio menor que 95% em ar ambiente ou coloração azulada de lábios ou rosto). Para crianças, os principais sintomas incluem taquipnéia (maior ou igual a 70 rpm para menores de 1 ano e maior ou igual a 50 rpm para crianças maiores que 1 ano), hipoxemia, desconforto respiratório, alteração da consciência, desidratação, dificuldade para se alimentar, lesão miocárdica, elevação de enzimas hepáticas, disfunção da coagulação, rabdomiólise, cianose central ou SpO₂

APÊNDICE F - Descrição das competências propostas Pelas Diretrizes Nacionais Curriculares - Ministério Da Educação (2014)

Descrição das competências propostas pelas Diretrizes Curriculares (MEC, 2014)

COMPETÊNCIA	DESCRIÇÃO DA COMPETÊNCIA
1	Atenção à saúde
2	Tomada de decisões
3	Comunicação
4	Liderança
5	Administração e gerenciamento
6	Educação permanente
7	Promover estilos de vida saudáveis, atuando como agente de transformação social
8	Atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário
9	Comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares
1	Informar e educar em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação
0	Realizar com proficiência a anamnese, a construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico
1	Dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicossocioambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados
1	Diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano
2	Reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral
1	Otimizar o uso de recursos propedêuticos
3	Exercer a medicina com base em evidências científicas ao se utilizar procedimentos diagnósticos e terapêuticos
4	Utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos para a atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção
1	Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência preventiva e curativa, individual e coletiva
1	Atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte
8	Realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências
1	Conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura científica crítica e participação na produção de conhecimento
9	Lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde
2	Atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contrarreferência
0	Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem estar como cidadão e como médico
3	Considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, considerando as reais necessidades da população
2	Ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde
4	Atuar em equipe multiprofissional
2	Manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde
5	
26	
27	

ANEXO A - CURSO COVID-19 DA UNIFENAS

CURSO COVID-19

BLOCO 1 - *BIOLOGIA DA COVID-19: ASPECTOS BIOLÓGICOS, IMUNOLÓGICOS E FARMACOLÓGICOS DA COVID-19*

Referências para leitura:

- Expectativas_vacinas_1geracao_Lancet.pdf
- Innate immune system _pulmonary infections.pdf
- JAMA_Tests_SARS-CoV-2.pdf
- Landscape vaccine covid may 2020.pdf
- Landscape_Vaccines_May2021.xlsx
- Nature-The trinity of COVID-19- immunity,.pdf
- Sars coronavirus and innate immunity.pdf

BLOCO 2 - *ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA PANDEMIA*

Referências para leitura:

- A dimensão da Pandemia.pdf
- Epidemio_doencas_transmissiveis.pdf
- imunidade_rebanho.pdf
- Ressurgência_Casos_Manus.pdf
- Vigilância Epidemiológica.pdf

BLOCO 3 - *ASPECTOS CLÍNICOS DA COVID-19: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E ISOLAMENTO INDIVIDUALIZADO*

Referências para leitura:

- Abordagem_clinica_PBH_2021.pdf
- Achados_radiologicos_COVID19.pdf
- Cloroquina_prevencao_COVID-19_NEJM.pdf
- Diagnostico_lab_PBH_2021.pdf
- Distanciamento_fisico_COVID19_Lancet.pdf
- EPI_PBH_2020.pdf
- JAMA_Tests_SARS-CoV-2.pdf

- Test_timing_BMJ.pdf

BLOCO 4 - ASPECTOS ÉTICOS E AFETIVOS DA PANDEMIA

Referências para leitura:

- BMJ_Care_planning_Covid-19.pdf
- Comunicacao_Obito-COVID-19.pdf
- Comunicacao_dificil_COVID-19.pdf
- Ethical dimensions of COVID-19 for front-line staff_0.pdf
- Guia_Luto_COVID-19.pdf
- OMS_Saude_mental_Covid-19.pdf
- SIPKES_REBEM.pdf
- Sociedade_BBioética_Covid-19.pdf
- Visitas-virtuais-COVID-19.pdf