

Internato rural nos cursos de Medicina no Brasil

Rural internship in medical schools in Brazil

Ricardo de Lima Lacerda¹ | r207561@dac.unicamp.br
Simone Appenzeller¹ | appenzel@unicamp.br

RESUMO

Introdução: A consolidação de programas de internato rural não é um fenômeno simples, embora sua importância atualmente seja reconhecida por alunos e professores como uma atividade diferenciada em seus itinerários formativos. As escolas médicas ainda enfrentam desafios consideráveis para concretizar esse tipo de atividade. Há evidências de que o oferecimento de experiências significativas durante a graduação e a implementação de um programa específico de treinamento para a zona rural, após a formação, são as intervenções mais efetivas para o recrutamento de estudantes para o internato rural e a retenção deles.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo identificar os programas de internato rural em atividade no Brasil, por meio da avaliação dos projetos pedagógicos curriculares (PPC) dos cursos de Medicina, de modo a fomentar o debate sobre a formação médica para áreas rurais e remotas, e ressaltar a importância desse tipo de formação.

Método: Trata-se de um estudo transversal, descritivo e de análise documental, com caráter quantitativo, com uma amostragem do acesso aos PPC de escolas médicas do Brasil com a existência de internato rural no currículo.

Resultado: Nas 357 escolas médicas existentes no Brasil, os autores encontraram 18 programas com internato rural, o que representa 5% das instituições. A Região Sudeste, quando comparada com a Região Norte, concentra o maior número de escolas médicas no Brasil (148), porém o maior número de PPC com internatos rurais fica no Norte, totalizando seis (16%) em relação às escolas médicas da região. Ainda, nas 47 escolas médicas do Sudeste, identificaram-se, em Minas Gerais, apenas dois programas de internato rural.

Conclusão: Nos PPC das escolas médicas brasileiras, identificaram-se poucos programas de internato rural. Por conta disso, são necessárias mudanças nos PPC, como inclusão de internato rural, inserção de competências bem definidas e baseadas nas necessidades de saúde das pessoas, construção do conhecimento e desenvolvimento de habilidades e atitudes para resolver problemas; tudo isso de forma condizente com a realidade do Brasil.

Palavras-chave: Currículo; Educação Médica; Saúde Rural.

ABSTRACT

Introduction: The consolidation of rural internship programs is not a simple phenomenon, although its importance is currently recognized by students and teachers as a differentiated activity in their training itineraries. Medical schools still face considerable challenges in carrying out this type of activity. The existence of evidence that recruiting students to rural internships, offering meaningful experiences during undergraduate school and implementing a specific training program for rural areas after graduation, are the most effective interventions for recruitment and retention.

Objective: Identify the rural internship programs in operation in Brazil, through the evaluation of Curricular Pedagogical Projects (PPCs,) of medical courses, fostering the debate on medical training for rural and remote areas, as well as emphasizing the importance of this type of training.

Method: Cross-sectional, descriptive and documentary analysis study, with a quantitative characteristic, with a sampling of the access to the Curricular Pedagogical Projects (PPCs) of medical schools in Brazil with rural internships in the curriculum.

Result: Of the 357 Medical Schools in Brazil, the authors found 18 programs with rural internships, corresponding to 5% of the institutions. The Southeast Region, when compared to the North region, concentrates the largest number of medical schools in Brazil (148), but the largest number of PPCs with rural internship is in the North Region of Brazil, totaling 6 (16%) in relation to medical schools in the region. Furthermore, of the 47 medical schools in the Southeast Region, in Minas Gerais, 2 rural internship programs were identified by the authors, in relation to other states in the same region.

Conclusion: There are few rural internship programs identified in the PPCs in Brazilian medical schools. Changes are needed in the PPCs, with the inclusion of rural internships, with the inclusion of well-defined competencies and based on people's health needs; construction of knowledge and development of skills and attitudes to solve problems, consistent with the reality of Brazil.

Keywords: Curriculum; Medical education; Rural health.

¹ Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz.

Editora associada: Daniela Chiesa.

Recebido em 25/05/22; Aceito em 10/02/23.

Avaliado pelo processo de double blind review.

INTRODUÇÃO

O campo da educação médica no Brasil se encontra em processo de transformação. Na década de 1990, o projeto Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico reuniu diversas entidades médicas em um processo de avaliação das escolas médicas do Brasil que partia do pressuposto de que não estávamos formando médicos de acordo com as necessidades de nossa população. Diversas ações se sucederam a esse processo, entre elas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001 que criaram as possibilidades para a emergência de novas metodologias e novos cenários de ensino e aprendizagem. Nesse processo, algumas experiências de internato rural já anteriormente em curso em algumas universidades encontraram melhores possibilidades para seu fortalecimento e desenvolvimento. Em 2014, com a publicação das novas DCN, houve a garantia de pelo menos 30% do internato na rede de urgências e emergências e em atenção primária à saúde (APS), com prioridade para esta^{1,23}.

São robustas as evidências de que experiências significativas durante a graduação, o oferecimento de programas específicos de treinamento para a zona rural e, após a formação, o recrutamento de estudantes advindos de origem rural são as intervenções mais efetivas para o recrutamento e a retenção de profissionais para trabalhar em áreas rurais e remotas. Programas de treinamento para a prática rural devem envolver a comunidade, com o intuito de desenvolver um currículo socialmente responsável. O isolamento e a ruralidade fazem com que as necessidades em saúde sejam distintas das observadas em áreas urbanas, e isso impõe desafios adicionais ao cuidado em saúde pelos profissionais que se dedicam a providenciar os serviços essenciais nessas áreas. Portanto, para o cuidado em saúde rural, são imprescindíveis médicos de família e comunidade ou médicos generalistas devidamente treinados, a fim de que eles tenham uma extensiva e abrangente variedade de habilidades certificadas para que possam atender aos desafios específicos que encontrarão diariamente em suas jornadas de trabalho. Contudo, o envio de profissionais de saúde recém-treinados, sem o suporte adequado e sem as habilidades apropriadas para trabalhar em entornos rurais, acaba por gerar frustração, afastar os jovens profissionais da escolha de uma carreira em saúde rural, além de colocar em risco a vida dos pacientes².

Em muitas comunidades rurais carentes, os médicos de família são responsáveis pela maioria dos serviços médicos, prestando cuidados aos habitantes desde a concepção até o fim da vida. As comunidades rurais dependem de médicos de família treinados para fornecer atendimento integral em áreas de poucos recursos, uma tarefa que requer familiaridade com os sistemas rurais, bem como treinamento abrangente. Na verdade,

mais de 90% da capacidade de atenção primária nas áreas rurais é fornecida pela medicina de família e por clínicos gerais³.

A consolidação de programas de internato rural não é um fenômeno simples, embora sua importância atualmente seja reconhecida por alunos e professores como uma atividade diferenciada em seus itinerários formativos. As escolas médicas ainda enfrentam desafios consideráveis para concretizar esse tipo de atividade, já que isso envolve questões de diferentes esferas, como pedagógicas, logísticas, burocráticas, administrativas, entre outras⁴.

Apesar das dimensões continentais do Brasil e de sua enorme diversidade cultural, apenas algumas faculdades de Medicina do país oferecem aos alunos a oportunidade de adquirir experiência profissional com foco em áreas rurais ou remotas⁵. Isso pode gerar uma distorção entre o conteúdo curricular das escolas médicas brasileiras e as necessidades em saúde da população.

O objetivo deste estudo é identificar os programas de internato rural em atividade no Brasil, por meio da avaliação dos projetos pedagógicos curriculares (PPC) dos cursos de Medicina, de modo a fomentar o debate sobre a formação médica para áreas rurais e remotas, e ressaltar a importância desse tipo de formação.

METÓDO

Trata-se de um estudo transversal do tipo descritivo e de análise documental, com caráter quantitativo, realizado por meio de uma amostragem dos PPC de escolas médicas do Brasil, nas quais há internato rural no currículo.

Destaca-se que, de acordo com a Portaria Normativa do MEC nº 40, de 12 de dezembro de 2007, os PPC se configuram como documentos de domínio público⁶. Dessa forma, não houve a necessidade de submissão desta pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde⁷.

Segundo os dados da *Demografia médica no Brasil – 2020*, existem 357 cursos de Medicina de natureza pública e privada no Brasil, com grande expansão principalmente após o ano de 2013⁸.

Assim, o presente estudo baseou-se na busca pelos programas de internato rural constantes no currículo dos cursos de Medicina de universidades públicas e particulares. Para encontrar os possíveis programas, fez-se uma busca na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores (DeCS) entre aspas “educação de graduação em Medicina” and “Internato rural”, sem qualquer limitador. Encontraram-se 215 artigos, aos quais, posteriormente, aplicou-se o filtro “Assunto Principal” da busca, como “educação de graduação em Medicina”, “internato e residência” e “saúde da população rural”.

Essa busca limitou-se aos últimos dez anos (de 2011 a 2021). Por fim, identificaram-se 62 artigos.

A leitura dos artigos permitiu construir uma primeira relação de possíveis escolas médicas que possuísem internato rural em seu PPC. A busca pelo respectivo PPC e as informações adicionais foram levantadas nas páginas da internet dos respectivos cursos. Quando não se localizou o PPC na página da internet do curso, essa informação foi solicitada diretamente aos responsáveis pelos estágios, por meio de *e-mail* ou ligação telefônica.

Enviou-se essa lista inicial, por *e-mail*, ao Grupo de Trabalho Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e para a lista de *e-mails* da Foundation for Advancement of International Medical Education and Research (Faimer do Brasil), com a finalidade de solicitar os PPC das escolas médicas da lista inicial que não foram encontradas nos sítios eletrônicos, bem como investigar a existência de programa de internato rural que não estivesse na relação elaborada por meio da leitura dos artigos pesquisados. Foram recebidas 16 respostas acerca da existência de programas de internato rural.

Para melhor análise quantitativa dos dados, realizou-se um comparativo entre as escolas médicas existentes no Brasil e os internatos rurais encontrados pelos autores, divididos nas cinco regiões do Brasil: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

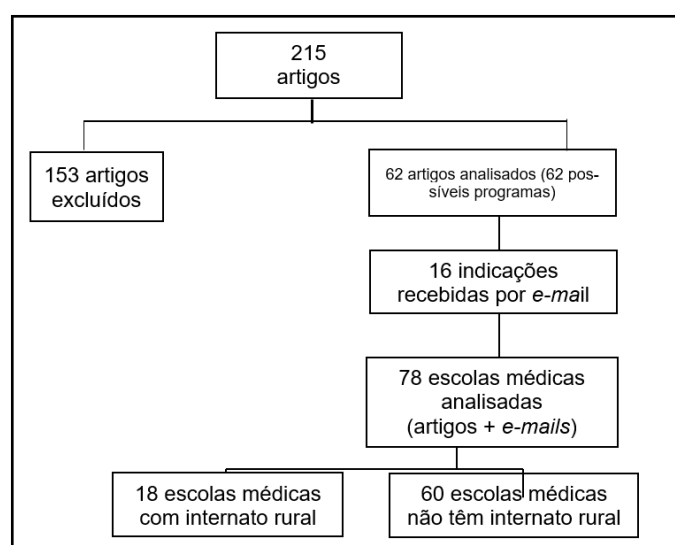
RESULTADOS

Analisaram-se 78 escolas médicas e seus respectivos PPC: 62 constavam nos artigos científicos com os descritores

citados e 16 foram adicionados por indicação do Grupo de Trabalho Rural da SBMFC e da Faimer do Brasil (Figura 1).

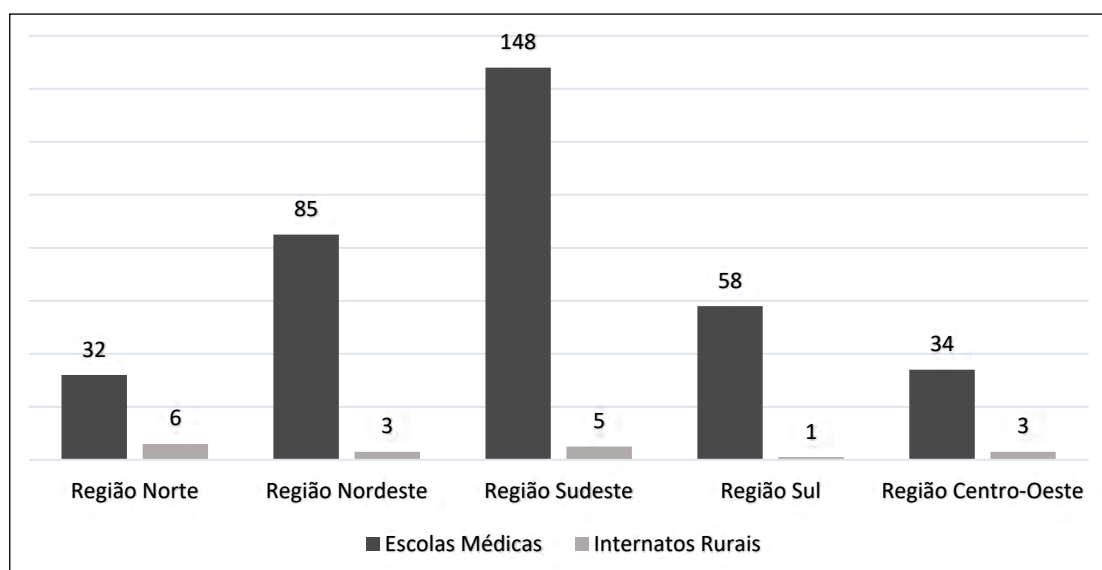
No Brasil, há 357 escolas médicas, e os autores encontraram apenas 18 programas com internato rural, o que representa 5% das instituições. Com uma divisão por regiões do Brasil para facilitar a demonstração dos resultados e a discussão, foram descritos os números totais de escolas médicas no Brasil e os números de internatos rurais encontrados pelos autores, conforme mostra o Gráfico 1.

Figura 1. Descrição quantitativa das escolas médicas com programas de internato rural nos cursos de Medicina do Brasil levantados pelos autores



Fonte: Elaborada pelos autores.

Gráfico 1. Comparativo do número de escolas médicas no Brasil e de internatos médicos rurais encontrados pelos autores



Fonte: Elaborado pelos autores.

Pode-se perceber que a Região Sudeste, quando comparada com a Região Norte, concentra o maior número de escolas médicas no Brasil (148), porém o maior número de PPC com internatos rurais fica na Região Norte, totalizando seis (16%) em relação às escolas médicas da região. No Sudeste, foram encontrados somente cinco internatos rurais, o que corresponde a 3% das escolas médicas existentes na região.

No Nordeste, a Bahia concentra o maior número de escolas médicas, e os autores encontraram apenas um PPC com internato rural, conforme demonstrado na Figura 2. Num comparativo de escolas médicas e internatos rurais, verificou-se ainda internato rural no Ceará (um) e em Alagoas (um).

O Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária (Crutac), criado nas universidades do Brasil em 1965, a partir da Resolução nº 259, de 28 de setembro de 1972, teve início na Universidade Federal do Ceará (UFC), com o objetivo geral de formar profissionais adequados às exigências das áreas interioranas e com promoção e benefícios para as populações rurais. Historicamente foi considerado o órgão que possibilitou de forma mais efetiva a extensão/interiorização das universidades no Brasil⁹.

O programa atualmente contempla os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, de modo a proporcionar a formação adequada às exigências das regiões que se encontram fora da área metropolitana do estado do Ceará, com uma política de interiorização da UFC¹⁰.

O programa tem como objetivos, entre outros, possibilitar ao estudante uma melhor compreensão do perfil epidemiológico e da organização dos serviços de saúde de

municípios do interior do estado, promover treinamento em atividades assistenciais preventivas e curativas compatíveis com a realidade das demandas e dos recursos dos serviços de saúde de municípios de médio e pequeno portes, propiciar ao discente uma convivência com realidades e culturas diferentes da região metropolitana e permitir experiências de educação em saúde em contextos culturais diversos. O estágio rural tem duração de um mês¹⁰.

Na Região Norte, constatou-se o seguinte:

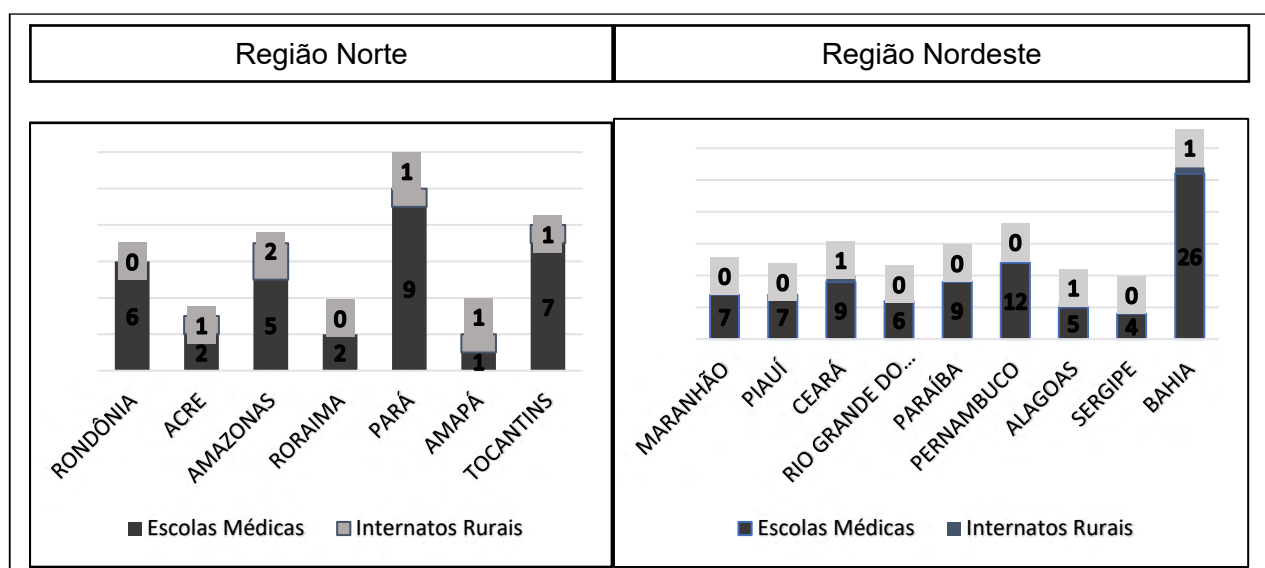
- No Acre, há duas escolas médicas, e, em apenas uma, foi encontrado internato rural.
- No Amapá, há somente uma escola médica com internato rural.
- No Tocantins, existem sete escolas médicas, e, em apenas uma, há internato rural.

Assim, observa-se que, das 32 escolas médicas na região, 16% possuem PPC com internato rural.

O internato rural está presente atualmente em 42 municípios da Região Norte, e a maioria com até 50 mil habitantes, considerando possíveis flutuações relacionadas à conjuntura local. O grupo de alunos permanece um tempo que varia de três semanas a quatro meses, normalmente sem interrupções, fazendo uma imersão na realidade do município⁴.

A Figura 2 apresenta 32 escolas médicas, nas quais os autores identificaram seis programas de internato rural, dois no estado do Amazonas. O internato rural identificado na região da Amazônia surgiu com o Projeto Rondon, que foi pioneiro na extensão universitária em nosso país. Realizado nas décadas de 1970 e 1980, o Projeto Rondon tinha como

Figura 2. Regiões Norte e Nordeste do Brasil: comparativo de números de escolas médicas segundo dados da *Demografia médica no Brasil – 2020* e de internatos médicos rurais encontrados pelos autores.



Fonte: Elaborada pelos autores.

objetivos levar os estudantes a tomar contato com o interior da Amazônia e trabalhar em benefício das comunidades carentes daquela região⁵.

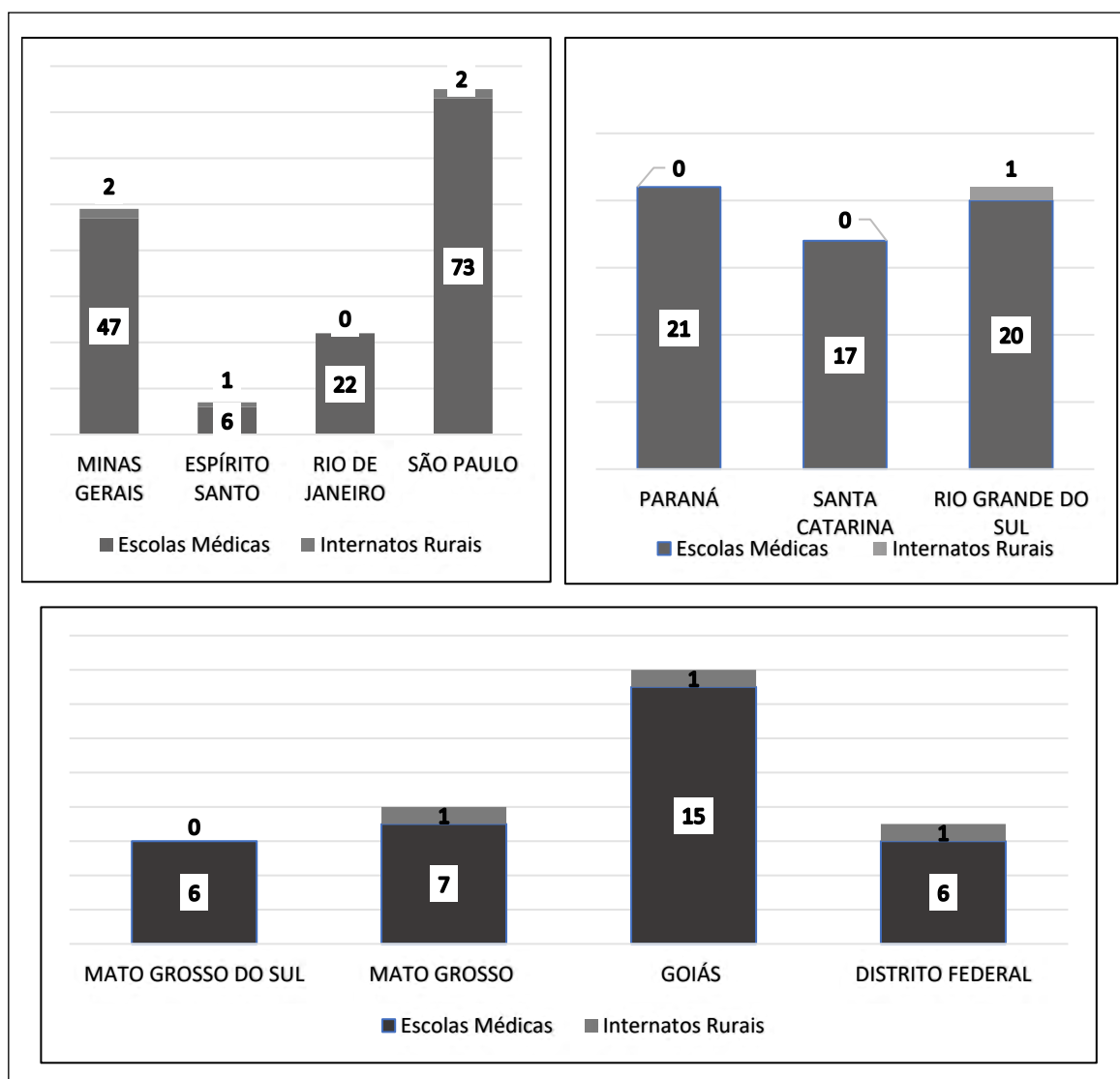
A Figura 3 demonstra que, nas 47 escolas médicas da Região Sudeste, os autores identificaram, em Minas Gerais, dois programas de internato rural, um deles iniciado em 1978, sendo uma das experiências pioneiras na interiorização da graduação no Brasil. Foi o que mais permitiu encontrar informações completas com PPC, abordando plano de trabalho, minutas de convênios, ficha de cadastro dos municípios, entre outras informações.

Em São Paulo, o estágio em medicina comunitária tem como objetivo inserir o aluno do sexto ano em serviços primários de saúde de municípios de pequeno porte. É um treinamento em serviço sob supervisão médica permanente com carga horária prática de 210 horas. É de frequência obrigatória e tem

avaliação de desempenho durante as atividades do estágio e com apresentação e discussão do relatório final. O estágio tem objetivos bem estabelecidos, organização geral, materiais necessários e regulamento próprio.

Ainda na Figura 3, a Região Sul tem 58 escolas médicas, e os autores encontraram somente um programa de internato rural no Rio Grande do Sul, que teve início em 2007, quando os estudantes solicitaram a realização de estágio voluntário de férias em Nova Petrópolis, na Unidade de Saúde Pinhal Alto. Isso gerou um fluxo contínuo de estudantes dos últimos dois anos do curso de graduação em Medicina (internos) e formalizou o apoio financeiro da universidade aos estagiários. O internato rural em saúde da família do Rio Grande do Sul é uma oportunidade de formação médica em nível de graduação, de caráter voluntário. Pretende oferecer uma vivência em medicina no Sistema Único de Saúde (SUS) em cenário de relativo

Figura 3. Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste do Brasil: comparativo de números de escolas médicas segundo dados da *Demografia médica no Brasil – 2020* e de internatos médicos rurais encontrados pelos autores.



Fonte: Elaborada pelos autores.

isolamento do restante do sistema e em equipes menores. Ele integra o internato de medicina de família e comunidade, que é uma das seis áreas obrigatórias de estágio curricular para a graduação em Medicina. O estágio na área de medicina de família e comunidade tem uma duração de cerca de 95 dias. O estagiário participa ativamente de todas as atividades de um médico de uma unidade de saúde da família (USF) em área rural, que também é professor especialista em medicina de família e comunidade. Essas atividades incluem consultas médicas sob supervisão, visitas domiciliares, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, atividades de educação em saúde, planejamento e territorialização, e reuniões de equipe e da Secretaria de Saúde. O tempo de estágio é, em média, de quatro semanas (de três a seis semanas), de segunda a quinta-feira, nos turnos da manhã e tarde; de acordo com o estabelecido na Lei de Estágio vigente, respeitam-se as 30 horas de atividade semanal¹¹.

Na Região Centro-Oeste, não se encontrou nenhum programa em Mato Grosso do Sul. Com 34 escolas médicas nessa região, existem três programas de internato rural, um em cada estado (Mato Grosso, Goiás e Distrito Federal), o que corresponde a 8% das instituições.

Em Goiás, o estágio rural é multiprofissional, no qual participam os cursos de Enfermagem, Medicina, Nutrição e Odontologia. O internato em saúde coletiva, conhecido como internato rural, começou em 1978 e tem como finalidade permitir aos alunos entender como funciona um sistema municipal de saúde e colaborar para o seu desenvolvimento por meio de projetos e atividades assistenciais¹². A carga horária de trabalho semanal é de 32 horas, que podem ser divididas em diferentes atividades mediante combinação com a Secretaria Municipal de Saúde. Os professores responsáveis pela supervisão comparecem à cidade de 15 em 15 dias em média, em um total de quatro a cinco vezes durante o trimestre. Os alunos devem exercer atividades na atenção básica, como assistência direta, diagnóstico situacional, planejamento e programação de ações, projetos de prevenção, educação em saúde etc. Existe sempre um profissional médico de referência na unidade¹³.

Assim, identificou-se uma grande diferença entre as escolas médicas do Brasil em relação à presença de internatos rurais em seus PPC.

DISCUSSÃO

Os internatos rurais fazem parte de um conjunto de ações ligadas ao processo formativo que contribui para o recrutamento de médicos para áreas rurais e remotas, bem como para a fixação deles nessas áreas. Os programas têm explorado seu potencial pedagógico notadamente em reflexões sobre o contexto de vida da população brasileira que possibilitam maior aproximação do médico com a realidade dos habitantes⁵.

A importância de diferenciar o internato rural do urbano é o que instiga as pesquisas nessa área a partir de uma perspectiva multidisciplinar, que deve estar aberta para ampliar seu ângulo de visão e revisar conceitos. É importante a apreciação de múltiplos fatores, pois as interpretações isoladas tendem a ser superficiais, por não conseguirem captar questões mais profundas relacionadas ao campo e à cidade¹⁴. O Grupo de Trabalho Rural da SBMFC considerou que o Brasil utiliza um critério político, municipalizado, para determinar as áreas rurais e urbanas, que é altamente impreciso, discutível e influenciável por questões tributárias, e, historicamente, a forma como se define rural no Brasil tende a superestimar sua população urbana¹⁵. Esse grupo é um dos mais antigos e um dos mais ativos e produtivos grupos dessa sociedade, cuja criação teve como um dos objetivos fomentar, nas instituições de ensino superior, a inserção da saúde rural nos currículos de graduação²⁵. Nas áreas rurais brasileiras, lidamos com uma extensão territorial gigantesca, dificuldades de transporte e falta de recursos humanos. A maioria dos médicos é treinada em áreas urbanas de grandes cidades e requer adaptação para as peculiaridades dos serviços de saúde rurais¹⁶. Vemos, portanto, que cenários diferenciados necessitam de abordagem própria e ações direcionadas, o que requer treinamento específico.

A proporção de domicílios cadastrados em USF no Brasil foi de 53,4%, sendo maior na área rural (70,9%) do que na urbana (50,6%). Quanto à proporção de pessoas moradoras em domicílios cadastrados em USF, o valor para o Brasil foi de 56,2%, sendo também maior na área rural (72,3%) do que na urbana (53,3%). Assim, mais da metade da população brasileira refere estar cadastrada nas USF, sendo quase dois terços da população na área rural¹⁷.

Com base nesse contexto, sabendo que as USF são locais de trabalho de recém-egressos, deveríamos estar realmente preocupados com a formação de médicos competentes para atuar nessas realidades.

A desigualdade da distribuição geográfica de profissionais de saúde é um problema global, e a escassez deles no meio rural é um problema multifatorial, relacionado ao isolamento profissional, à carência de segurança do trabalho, a baixos salários, à falta de perspectivas de progressão na carreira, à dificuldade de acesso à educação continuada e à falta de estrutura no ambiente de trabalho e na comunidade¹⁸.

Portanto, é imprescindível que existam programas de internato rural nas escolas médicas brasileiras, considerando as particularidades do cenário rural e a grande quantidade de habitantes nessas áreas. Embora tenhamos verificado programas bem estabelecidos e longevos, bem como novas escolas médicas implantando programas de internato rural, também pudemos verificar programas sendo desativados.

O internato é a última fase da formação médica em nível de graduação e é por definição um estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço. Quando falamos em internato rural, estamos nos referindo especificamente a estágios que acontecem em cidades do interior ou mesmo em áreas afastadas de municípios maiores, como parte do período formativo da graduação designado como internato médico. Os estágios em áreas rurais fazem parte do que a literatura tem designado como *rural pipeline*, que representa um conjunto de ações ligadas ao processo formativo que contribui para o recrutamento de médicos para áreas rurais ou remotas e a fixação deles nessas áreas¹. No Brasil, a estruturação da disciplina denominada "Internato Rural", incluída em cursos de graduação e desenvolvida sob a forma de estágio nas comunidades e nos serviços do SUS, destacou-se no campo da integração docente-assistencial¹⁹.

A confluência entre a clínica e a saúde coletiva na matriz curricular dos cursos de Medicina apresenta potencial para alinhar-se às necessidades de saúde e à realidade epidemiológica das populações e comunidades²⁶.

Práticas sanitárias, organização do sistema de saúde e mercado de trabalho exercem influência sobre o perfil e o conteúdo da formação de médicos. No processo de mudança do setor saúde, deve-se procurar influir na formação durante todo o tempo e em todas as oportunidades¹⁹.

As experiências de interiorização são parte importante na formação médica, embora não sejam comuns nos currículos médicos brasileiros. Quando se deslocam para municípios menores, os estudantes têm um comparativo a respeito do funcionamento do sistema de saúde no interior, o qual, em alguns aspectos, pode ser melhor do que os das grandes cidades¹⁰.

Médicos com treinamento rural são mais propícios a permanecer em áreas rurais. Estudos demonstram que quanto maior for o treinamento rural na graduação médica, maior será a probabilidade de os futuros médicos trabalharem em área rural após o curso²⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa podem não refletir com precisão o número de programas de internato rural existentes no Brasil, que, em alguns casos, podem estar incluídos em internatos em saúde coletiva ou em APS, o que não seria percebido apenas na análise dos PPC. O seguimento deste estudo, incluindo novas fontes de coleta de informações, poderá complementar os achados.

No entanto, embora o internato rural possa estar incluído em outros estágios, a existência de competências específicas e sua relevância na prática clínica deveriam ser discutidas com

maior ênfase nos PPC. Outros estudos já observaram a deficiência de recursos humanos preparados para o cenário rural¹⁶.

A formação dos profissionais de saúde na América Latina, nas últimas três décadas, vem sofrendo de problemas diretamente ligados às estratégias de ensino e à adequação desses profissionais à realidade dos sistemas de saúde, em especial do profissional médico. Isso ocorre mesmo em uma realidade em que, nos últimos anos, tem sido amplamente reconhecida a necessidade de mudanças na gestão e formação de recursos humanos, enfocando principalmente a graduação médica, quando realizada em integração entre os serviços de saúde e os centros formadores⁸.

A Sociedade Brasileira de Educação Médica pontuou necessidades de mudanças no internato, como a inserção de competências bem definidas e baseadas nas necessidades de saúde das pessoas; a construção do conhecimento; o desenvolvimento de habilidades e atitudes para resolver problemas e considerar experiências anteriores de aprendizagem, culturais e de vida; e professores capacitados em educação médica²¹.

O internato rural faz com que o estudante de Medicina compreenda a causa extrabiológica das doenças e da relatividade do papel da medicina na solução destas, numa realidade sociologicamente mais simples que a das grandes capitais. Com poucos recursos, o estudante percebe que a tecnologia médica poderia ser utilizada de maneira mais criteriosa e lhe dar mais autonomia para tomar decisões²².

Observamos que são poucos os programas de internato rural identificados nos PPC nas escolas médicas brasileiras. São necessárias mudanças nos PPC, como a inclusão de internato rural, a inserção de competências bem definidas e baseadas nas necessidades de saúde das pessoas, a construção do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades e atitudes para resolver problemas, tudo isso condizente com a realidade do Brasil.

No que concerne ao processo de negociação para a implantação de um programa de internato rural, observa-se o interesse formal de fazê-lo, entretanto privilegiam-se questões operacionais, em detrimento do estabelecimento de um plano de trabalho conjunto que atenda ao interesse das instituições e da própria integração. Assim, fica evidente o debate sobre os PPC das escolas médicas do Brasil²⁴.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Ricardo de Lima Lacerda contribuiu na concepção do estudo, na curadoria dos dados, na metodologia, e na escrita, revisão e edição do artigo. Simone Appenzeller contribuiu na metodologia, na administração do estudo, e na escrita, revisão e edição do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – 306723/2019-0.

REFERÊNCIAS

- Tesson G, Curran V, Pong R, Strasser R. Advances in rural medical education in three countries: Canada, the United States and Australia. *Educ Health (Abingdon)*. 2005 Nov;18(3):405-15. doi: <https://doi.org/10.1080/13576280500289728>.
- Kumar R. The Delhi Declaration 2018: "Healthcare for All Rural People" – Alma Ata Revisited. *J Family Med Prim Care*. 2018 July-Aug;7(4):649-51. doi: https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_217_18.
- Rodgers DV, Wendling AL, Saba GW, Mahoney MR, Speights JSB. Preparing family physicians to care for underserved populations: a historical perspective. *Fam Med* 2017;49(4):304-10.
- Silveira RP, Pinheiro R. Internato rural na Amazônia: aspectos histórico, contexto atual e principais desafios. *Hist Cien Saude Manguinhos*. 2017;24(2):371-90.
- Santos LM. Rural public health workforce training and development: the performance of an undergraduate internship programme in a rural hospital and healthcare centre. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(7):1259. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph16071259>.
- Brasil. Portaria nº 40, de 12 de dezembro de 2007. Institui o e-MEC, sistema eletrônico de fluxo de trabalho e gerenciamento de informações relativas aos processos de regulação, avaliação e supervisão da educação superior no sistema federal de educação, e o Cadastro e-MEC de Instituições e Cursos Superiores e consolida disposições sobre indicadores de qualidade, banco de avaliadores (Basis) e o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE) e outras disposições. *Diário Oficial da União*; 29 dez 2007. Seção 1, p. 23.
- Brasil. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. *Diário Oficial da União*; 24 maio 2016. Seção 1, p. 44.
- Scheffer M, Cassenote A, Guerra A, Guilloux A, Brandão A, Miotto B, et al. Demografia médica no Brasil – 2020. São Paulo: FMUSP, CFM; 2020. 312 p.
- Souza JR. Histórico do Crutac [acesso em 2 maio 2021]. Disponível em: <https://saudecomunitaria.ufc.br/pt/extensao/crutac/>.
- Cury GC. Sobre o internato. Universidade federal de Minas Gerais [acesso em 27 jun 2021]. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/internatorural/sobre-o-internato/>.
- Targa LV, Santos ND, Schwalm FD, Barros EF, La Porta VL, Toscani G, et al. Internato médico rural na Serra Gaúcha: a experiência da Universidade de Caxias do Sul. *Semina Cienci Biol Saúde*. 2021;42(1):59-70.
- Universidade Federal de Minas Gerais. Área do gestor [acesso em 27 jun 2021]. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/internatorural/area-do-gestor/>.
- Universidade Federal de Minas Gerais. Plano de trabalho do internato rural [acesso em 27 jun 2021]. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/internatorural/wpcontent/uploads/sites/42/2018/05/Plano-de-Trabalho-1-dupla-2018-08-05-2018.pdf>.
- Kieling RI, Silveira RL. O rural, o urbano e o continuum urbano-rural no contexto do desenvolvimento regional. *Perspectiva*. 2015;39(148):133-43.
- Ando NM, Targa LV, Almeida A, Silva DH, Barros EF, Schwalm FD, et al. Declaração de Brasília "O conceito de rural e o cuidado à saúde". *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011;6(19):141-4 [acesso em 22 fev 2021]. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/390>.
- Almeida MM, Floss M, Targa LV, Wynn-Jones J, Chater AB. It is time for rural training in family medicine in Brazil! *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13(40):1-4. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1696](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1696).
- Malta DC, Santos MA, Stopa SR, Vieira JE, Melo EA, Reis AA. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cien Saude Colet*. 2016;21(2):327-38.
- Gouveia EAH, Braga TD, Heráclio SA, Pessoa BS. Validating competencies for an undergraduate training program in rural medicine using the Delphi technique. *Rural Remote Health*. 2016;16:3851. Disponível em: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=3851>.
- Guimarães EV. O internato rural e a formação do profissional médico para o Programa de Saúde da Família [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.
- Gaski M, Abelsen B. Designing medical internships to improve recruitment and retention of doctors in rural areas. *Int J Circumpolar Health*. 2017;76(1):1314415. doi: <https://doi.org/10.1080/22423982.2017>.
- Associação Brasileira de Educação Médica. Fórum de Internato: 44º Congresso Brasileiro de Educação Médica. Gramado: Abem; 2006. Relatório I.
- Alves AL. Breve resumo histórico do internato rural da Faculdade de Medicina da UFMG. *Rev Bras Educ Med*. 1998;22(1):54-58. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v22.1-009>.
- Brasil. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 23 jun 2014. Seção 1, p. 8-11.
- Neves MA, Spinelli MA. Integração ensino-serviços de saúde: o internato rural médico da Universidade Federal de Mato Grosso. *Trab Educ Saude*. 2008;6(2):341-66. doi: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000200008>.
- Targa LV, Floss M, Gusso G, Almeida MM, Massakazu AN, Lima M, et al. História do Grupo de Trabalho em Medicina Rural da SBMFC. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2365 [acesso em 25 maio 2022]. Disponível em: <https://rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2365>.
- Ferreira MJM, Ribeiro KG, Almeida MM, Souza MS, Ribeiro MTAM, Machado MMT, et al. New National Curricular Guidelines of medical courses: opportunities to resignify education. *Interface Comun Saude Educ*. 2019;23(supl 1):e170920. doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.170920>.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.