

*O Internato Médico e Suas Perspectivas: Estudo de Caso com Educadores e Educandos**

Medical Internship and Its Perspectives: a Case Study with Educators and Students

Igor Tavares da Silva Chaves¹
Suely Grosseman¹

PALAVRAS-CHAVE:

- Internato e Residência;
- Educação Médica;
- Currículo.

KEY-WORDS:

- Internship and Residency;
- Education, Medical;
- Curriculum.

Aprovado em: 24/09/2006

RESUMO

Este trabalho teve por objetivo conhecer a percepção de educadores e educandos sobre a situação atual do Internato Médico e suas perspectivas. Foi realizado pelo método qualitativo, tipo estudo de caso, com a técnica de entrevista semi-estruturada. Foram sujeitos do estudo seis estudantes, oito professores e um médico residente engajados na discussão de educação médica. Segundo os entrevistados, o modelo de Internato Médico é, ainda, o tradicional, baseado em rodízio nas principais áreas médicas, podendo também incluir um período eletivo. Suas limitações são: ênfase na especialização, predomínio de estágios no hospital, descontinuidade e falta de integração dos conhecimentos. Entre as experiências com este modelo, para superar algumas de suas limitações, foram citados o Internato Rural e as práticas junto à comunidade. Quanto ao modelo ideal, mencionou-se a necessidade de ampliar o tempo em atividades práticas, utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem, e de inserir os estudantes no sistema de saúde desde o início da formação, com responsabilidade crescente, nos diversos níveis de atenção, até a extinção do nome Internato. Conclui-se que ainda há um caminho a percorrer para alcançar o modelo almejado, sendo necessário maior diálogo entre os sistemas de educação superior e de saúde.

ABSTRACT

The aim of this work was to learn how educators and students perceive the current situation of medical internship and its perspectives. It was carried out using the qualitative method, type case study, with semi-structured interviews. The subjects of the study were 6 students, 8 professors and one medical resident engaged in the discussion on medical education. According to the interviewees, the medical internship model is still the traditional one, based on turns in the main medical areas. The limitations of this system are: the emphasis given to specialization, the predominance of training periods in the hospital and the discontinuity and lack of integrated knowledge. Experiences mentioned as capable of helping to overcome some of the limitations of the model were the Rural Internship and community-based practices. As to the ideal model one identified the need of more time spent in practical activities, use of active teaching-learning methodologies and insertion of the students since the beginning of the course in the health system, in the different levels of attention and with increasing responsibility, until extinction of the name Internship. It is concluded that there is still a long way to go for reaching the ideal model, including the need for more dialogue between the higher education and health systems.

* Trabalho vencedor do Prêmio ABEM/2006 de Educação Médica, no 44º Congresso Brasileiro de Educação Médica, realizado no período de 21 a 24 de setembro de 2006, em Gramado, Rio Grande do Sul, Brasil. (3º Lugar).

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil.

INTRODUÇÃO

Diversas escolas médicas brasileiras estão transformando seu currículo, para adequá-lo às novas Diretrizes Curriculares para o curso de Medicina, homologadas em 2001 pelo Ministério da Educação¹. Muitas receberam incentivo financeiro inicial para a mudança, por meio do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (Promed)². Mais recentemente, algumas destas e outras receberam-no pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), emitido em novembro de 2005, por meio da Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e Ministério da Educação³. Este processo tem sido documentado e divulgado, fornecendo subsídios para discussão e também mudanças nas escolas que ainda não implantaram um novo currículo^{4,5,6}. Diante dessas transformações, é crescente a demanda pela intensificação dos debates sobre como estruturar o Internato Médico.

A preocupação em utilizar o treinamento em serviço como prática do ensino médico surgiu no modelo de formação brasileiro durante a década de 1940, quando nossos currículos passaram a se espelhar no modelo americano de formação, que se contrapõe ao modelo europeu, mais embasado em conhecimentos teóricos do que na prática do trabalho⁷. Desde a década de 1950, iniciaram-se programas destinados à prática pré-profissional supervisionada no sexto ano, como complemento ao conteúdo predominantemente teórico das fases anteriores. Entretanto, o Internato Médico foi oficializado apenas em 1969, quando se normatizou a obrigatoriedade de um período prático com características especiais no final da formação acadêmica dos cursos de graduação em Medicina⁸.

Segundo o Ministério da Educação e Cultura (MEC)⁹, o Internato ou estágio curricular é o “último ciclo do curso de graduação em Medicina, livre de disciplinas acadêmicas, durante o qual o estudante deve receber treinamento intensivo, contínuo, sob supervisão docente, em instituição de saúde vinculada, ou não, à escola médica”. E, enquanto Garcia¹⁰ o caracteriza como uma fase de transição entre a condição de estudante e a de médico, Marcondes e Mascaretti¹¹ preferem conceituá-lo como uma “metodologia de ensino baseada no aprendizado em serviço, obrigatório nos dois últimos semestres de graduação, podendo ocorrer em outros momentos”.

Tendo em vista a necessidade de construção de conhecimentos sobre novas propostas de Internato Médico que venham ao encontro da formação de um profissional ético-crítico e reflexivo, com capacidade de atender às necessidades da população, este estudo teve como objetivo conhecer a percepção de educadores e educandos, engajados

na discussão de educação médica, sobre a situação atual do Internato Médico e suas perspectivas.

MÉTODO

O estudo foi realizado pelo método qualitativo, utilizando o estudo de caso, por meio da técnica de entrevista semi-estruturada. A amostra foi intencional, tendo como sujeitos 15 indivíduos, de ambos os sexos, de nove escolas médicas, sendo oito professores, seis do sexo masculino e dois do sexo feminino, seis estudantes, cinco do sexo masculino e um do sexo feminino, e um médico residente, do sexo masculino. Foi estabelecido como critério de escolha para todos o engajamento na discussão de educação médica. Alguns docentes, além disso, haviam experimentado ou estavam vivenciando a gestão de escolas médicas. Todos os discentes estavam cursando o Internato no período da entrevista. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC e aprovado sob o número 319/05, tendo contemplado todos os preceitos éticos, sem conflitos de interesse dos autores, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde (nº 196 e nº 251, de 07/08/97).

A entrevista foi realizada e gravada em áudio pelo pesquisador. Os participantes da pesquisa são diferenciados por letras P com a numeração de 1 a 8 (P1 a P8), para professores, E1 a E6 para estudantes e a letra R para o médico residente. As questões norteadoras foram: “O que significa Internato Médico para você?”; “Fale sobre os modelos de Internato Médico que você conhece”; “Em sua visão, quais as vantagens destes?”; “Quais as atuais limitações e como poderíamos superá-las?”; “Se você tivesse a oportunidade de elaborar um modelo de Internato Médico, como seria? Por quê?”; “Gostaria de falar algo mais?”.

A análise dos dados foi realizada pelo processo de análise-reflexão-síntese, preconizado por Patrício¹². Neste processo, a análise decompõe os dados, enquanto a síntese os integra às diversas dimensões e contextos da vida dos sujeitos. Ambas são realizadas de forma sinérgica, por meio da reflexão, associando sensibilidade e razão, tendo o autor o máximo de cautela para evitar “pré-conceitos” ou juízos pessoais.

RESULTADOS

A definição de Internato Médico pelos entrevistados foi, geralmente, relacionada a um período, na formação médica, de *intenso exercício da prática médica*, ao final do curso, destinado à consolidação do conhecimento e construção de outros, como se observa nos seguintes depoimentos:

É uma parte do curso de Medicina onde o aluno vai complementar toda a sua formação na prática e consolidar todo o seu conhecimento, elaborar outros [...] (P1)

É um espaço dentro do curso médico que você tem para estar aprofundando as noções práticas aplicáveis de toda teoria que você aprende. (E1)

Alguns ressaltaram a *importância da supervisão docente*, como citou E3:

Seria o espaço para se praticar, com uma tutoria presente, com um preceptor, que possa ajudar na atividade prática mesmo e discutir qualquer aprofundamento teórico em cima da prática (...).

Outros consideraram-no como um *modelo profissionalizante* em que o estudante passa por um *treinamento em serviço*.

Para E2, o Internato é um período em que o estudante passa por um *processo de se "internar" no hospital*, isto é, passa "o maior tempo possível no hospital (...)"

Quanto ao modelo de Internato, segundo os entrevistados, ainda é o tradicional, centrado no hospital, com rodízios pelas principais áreas médicas que eventualmente se subdividem em áreas mais especializadas, como exemplifica P6:

Em algumas escolas, ainda bastante tradicionais, o Internato em cada um dos rodízios, entre as especialidades básicas – clínica médica, cirurgia, etc. – se subdivide em estágios, às vezes de uma semana, dentro de uma especialidade.

Alguns citaram a inclusão de um *período eletivo*, no rodízio, no qual o estudante tem um *período livre* para eleger um estágio que queira fazer, dentro ou fora de seu local de origem. Sua *vantagem* seria *conhecer melhor uma especialidade*, como refere E3:

Você pode conhecer, aprofundar um pouquinho mais a parte onde pensa fazer sua especialidade ou alguma coisa que queira seguir dentro do curso médico. Dá a *oportunidade de conhecer serviços diferentes*, onde essa especialidade é um pouco mais forte.

As *desvantagens* apontadas quanto ao *Internato Eletivo* são o fato de favorecer a *especialização precoce* e a transferência da responsabilidade pelos estágios das instituições para os estudantes. Segundo um dos entrevistados, esta última seria superada se existissem "vínculos entre as universidades" (E3).

Alguns se reportaram a diferenças apenas quanto ao *tempo de duração*: "As únicas diferenças que eu conheço de modelo de Internato são com relação ao tempo de duração. Conheço escolas em que dura um ano, um ano e meio ou dois anos" (E5). Outros mencionaram *diferenças originárias da tentativa de superação do modelo tradicional*, citando a *diversificação de cenários* para áreas rurais, comunidades e hospitais secundários, além das *mudanças pedagógicas*.

Na diversificação de cenários, um exemplo mencionado foi o de *Internato Rural*, como um período de formação em que o estudante realiza seu estágio em uma outra cidade, que não a de sua escola, dentro do serviço municipal de saúde ou em uma comunidade rural, que, segundo E2, seria "uma experiência interessante", citando a experiência da UFPB, na qual "o pessoal se deslocava para comunidades rurais e passava um tempo lá" sendo "parte obrigatória do Internato".

As *vantagens* apontadas deste modelo foram a oportunidade de *vivenciar o trabalho junto a uma equipe de saúde, aproximando-o da realidade epidemiológica e sociocultural* do indivíduo, *dentro de um sistema municipal de saúde* e poder *discutir isso com seu docente*. Segundo P4, "é uma oportunidade insuperável desse estudante estar lá ainda, enquanto estudante, podendo discutir com seu docente, dentro de um sistema municipal de saúde que tem uma equipe de saúde".

Sua origem, segundo P3, remonta à tentativa de interiorização, preconizada pelo Projeto Rondon, na década de 1970 e vista como estratégia interessante em Minas Gerais, onde surgiram as primeiras iniciativas. De acordo com ele, o Internato Rural serviu de amparo para as idéias de um *Internato em Saúde Coletiva*, em suas palavras, "nesse grupo há uma evolução depois que vai desencadear, na década de noventa, as idéias de um Internato em saúde coletiva".

Quanto ao *Internato em Saúde Coletiva*, definiu-se como um período junto à comunidade e ao Sistema Único de Saúde, algumas vezes em equipes de PSF.

(...) o primeiro ano de Internato é todo inserido na comunidade e tem uma interface com o sistema público de saúde, com o SUS, então os nossos alunos vão trabalhar nos postos de atendimento de medicina em saúde da família, onde aprendem e vão vivenciar melhor o

gerenciamento da unidade, o atendimento, as discussões em pequenos grupos. Eles participam de grupos que vão atuar na orientação de hipertensão, diabetes, etc. (...) participam de grupos de trabalho educativo na comunidade. (P7)

Suas *vantagens*, segundo alguns, são: *preparar o estudante para o trabalho na comunidade, estabelecer vínculos, responsabilizar-se pelo paciente e, segundo P2, "dar uma quebrada" no modelo biomédico*. Nas palavras de P7: "(...) vem ao encontro do que o curso se propõe, que é formar alguém capaz de trabalhar na comunidade. (...) aprende as noções de medicina de família e comunidade e a atender a necessidade básica do sistema".

P6 mencionou que "algumas escolas estão conseguindo colocar, realmente, no Internato, os três níveis de atenção", os quais, segundo o mesmo, se bem articulados, têm a *vantagem de possibilitar que o estudante acompanhe os pacientes na referência e contra-referência e tenha uma visão integrada do Sistema Único de Saúde*.

Foram descritas também *iniciativas pontuais* para aperfeiçoar a formação do médico generalista. Algumas dessas envolviam *estágios em hospitais de baixa complexidade* com atividades supervisionadas, como citou P6: "Em outros Internatos, os alunos fazem essa prática em hospitais secundários ou terciários e há uma boa divisão de trabalho, ocorrendo a permanência do aluno em atividades ambulatoriais ou de enfermagem, com prática supervisionada, (...)".

Um estudante conseguiu vivenciar, flexibilizando seu Internato oficial, um espaço em *atenção básica e seus processos de trabalho*: "foi um espaço de vivenciar unidades que tinham Residência de Medicina de Família e Comunidade, que tinham Internato e acadêmicos pelo serviço" (E1).

Outras experiências relatadas foram: um modelo americano em que *não são priorizadas todas as áreas da medicina, escolas que ampliaram suas atividades ambulatoriais e em emergência* e outra que criou *um módulo de gestão e planejamento do Internato*.

Para os entrevistados, o modelo tradicional apresenta diversas limitações. Quanto a sua *concentração hospitalar*, mencionaram que exclui áreas importantes da prática médica e *afasta o estudante do contato com a comunidade*: "(...) o que você aprendeu, não é coerente com a prática necessária na tua vida médica, formado como um médico generalista, porque você não tem o contato com a comunidade, com a atenção primária (...)" (E3).

Outra é relativa ao *rodízio por especialidades* que, algumas vezes, tem *tempo muito limitado em cada área, e que,*

associado ao pouco diálogo entre as áreas de conhecimento, resulta em pouco aprofundamento e fragmentação na construção de conhecimentos. Na visão de E5: "dividir os rodízios é uma grande falha (...) você fica, por exemplo, de três em três meses mudando de rodízio. Fica um conhecimento muito fragmentado".

Foram criticadas ainda a *falta de continuidade do acompanhamento do paciente* e a *falta de orientação docente nas atividades ambulatoriais*: "(...) A crítica, no caso dos ambulatórios no hospital, é com relação à descontinuidade dos mesmos e à falta de orientação também (...)" (E2).

A ênfase na quantidade e na especialização, prejudicando a qualidade do atendimento, associada a problemas de *financiamentos dos Hospitais Universitários*, também foi apontada.

A hora que entra no Internato, temos a grande dificuldade de integração, que é a da academia com os seus hospitais universitários, onde se criou um "gueto" que tem hoje outra destinação, tem problema de verba, tem que produzir... viraram quaternários, não sendo mais o ambiente para fazer uma prática generalizada. (P5)

Alguns ponderaram que os profissionais, que estão em contato com os estudantes durante o Internato, nos diversos níveis de atenção, não são treinados para a docência e que isso acarreta dificuldades, algumas vezes relacionadas ao *despreparo e à "má vontade" para a orientação*.

(...) a grande maioria dos professores que estão no Internato e ministram as disciplinas são formados médicos, habilitados a trabalhar a assistência ao paciente e não a ser docente (...). (P7)

(...) o Programa de Saúde da Família não está bem estruturado ainda para colocar um aluno que está em formação terminal dentro de uma equipe em que o médico não é formado como Médico de Família, ele também está se formando (...). (P1)

O *exercício burocrático, a disputa com o médico residente, a falta de responsabilização e a exploração de sua mão-de-obra* foram alvo de críticas por parte dos estudantes. Nas palavras de E2, o estudante "deveria se responsabilizar mais pelos pacientes". Segundo ele: "acaba ficando sempre na mão dos residentes e a gente acaba só fazendo o trabalho

burocrático, que é escrever evolução [...] e tem pouca discussão de casos, às vezes, só discutimos a prescrição”.

P4 comentou que o *mau relacionamento entre escolas médicas e Serviços Públicos de Saúde está levando a dificuldades para introduzir o estudante na rede de saúde*, sendo esse problema mais acentuado nas escolas públicas, que não possuem os mesmos recursos financeiros que as privadas. Em suas palavras:

Uma das limitações que a gente vive hoje é a relação das instituições formadoras com os Serviços Públicos de Saúde. Esse é o grande limitante, tanto da atenção básica, quanto dos cuidados secundários e dos hospitais. A escola privada vem pagando, às vezes até “extra-oficialmente”, os profissionais do serviço para receberem seus alunos, e a escola pública tem encontrado uma grande dificuldade em fazer isso maciçamente no País.

Modelo de Internato Médico preconizado pelos entrevistados

Ao refletir sobre o modelo ideal de Internato Médico, a maior parte dos entrevistados resgatou todo o processo da formação acadêmica, utilizando as mesmas premissas estabelecidas nas discussões de educação médica. Seus *rumos e objetivos*, para alguns, *deveriam ir ao encontro das Diretrizes Curriculares*: “eu acho que o modelo está lá, nas Diretrizes, e elas pressupõem que as escolas tenham esta vontade e possibilidade (...)”. (P6)

P2 sintetiza seus ideais para a formação médica:

Universidade pública, enfoque em saúde, trabalho com ciências sociais desde o começo, para dar abrangência que não é só biológico, é as ciências sociais, é psicológico simultaneamente. Trabalhar com vínculo, com afeto, com arte, com engajamento e com técnica. Internato dois anos, rede excelente com estímulo, residência nas prioridades nacionais e formar professores, a gente queria professores que fossem professores.

Quanto à estruturação, alguns entrevistados acreditam que o estudante deve ter um *ganho progressivo de autonomia e responsabilização, guiado por um eixo prático progressivo*.

Acho que seria mais interessante tentar-se fazer com que, durante o curso, na proposta pedagógica do currículo, haja uma progressão. Você já começa trabalhando com a idéia de acúmulo de autonomia, de ganho de responsabilização e vá desenvolvendo isso até o momento em que, no Internato, alcance o máximo de autonomia e responsabilização. (R)

Para a maioria, o cenário seria *toda a rede de saúde*, mas, enquanto vários entrevistados consideraram importante a ênfase da formação na *atenção primária e secundária*, deixando os demais níveis de atenção para momentos mais tardios do curso, R ponderou que, além disto, a *vivência nos demais níveis de atenção, desde o início da formação*, também deveria ser contemplada. Para ele, “é interessante você tentar mesclar tudo isso, porque todos têm os seus níveis de complexidade”.

Houve quem sugerisse “deixar as atenções terciárias e quaternárias para períodos eletivos, (...) dois meses no quinto ano, dois meses no sexto ano” (P5).

Um entrevistado reforçou que *a escolha do modelo de Internato deveria ser guiada pelo perfil que almejamos* e sugeriu que as subespecialidades fossem abordadas apenas na Residência Médica, que também deveria acompanhar as demandas do SUS.

Alguns detalharam modelos de relação com a comunidade, em que os estudantes se responsabilizassem por um número de famílias e as acompanhassem em seu processo de saúde e doença, sendo enfatizada a necessidade de *capacitação e estímulo aos profissionais de saúde* que recebem os estudantes. Seria um processo de reflexão e *diagnóstico situacional* da comunidade em que ficariam adstritos, onde ocorreriam *reuniões para discussão e planejamento* junto à equipe, que *trabalhariam dentro do preceito da integralidade* e que *acompanhariam o próprio desenvolvimento prático* através de curvas de progressão.

Um dos entrevistados destacou que a relação entre a academia e o Serviço de Saúde deve “*oferecer vantagens* para ambos, produzindo *conhecimento* numa relação dupla” (P4).

Professores e estudantes mencionaram que, nos casos em que o paciente fosse referenciado, o estudante deveria acompanhá-lo até o especialista ou que o atendesse em agenda própria.

Quando estiver atendendo no Posto de Saúde, no quinto ano, você vai fazendo educação continuada com a referência, quando houver necessidade de encaminhar o paciente ou você

não conseguiu descobrir seu diagnóstico, deve acompanhá-lo na consulta do especialista, acompanhar seus exames; determinados casos que deseja acompanhar ambulatorialmente pela referência, mais de perto, por ser interessante academicamente, poderiam também ser encaminhados para a agenda do doutorando. (P3)

P4 ressaltou a necessidade de estudar formas efetivas de *referência e contra-referência na rede*, para que estas possam ser vivenciadas na formação. Segundo ele: “(...) se houvesse a referência e a contra-referência, aquele aluno estaria aprendendo a produzir a contra-referência, a gerar a informação para o colega dele, que está lá no posto de saúde de onde veio o paciente”.

Quanto às *atividades intra-hospitalares*, P5 sugeriu “ser desenvolvida dentro de hospitais secundários, nos *ambulatórios*”, e poderia também ser em especialidades do SUS.

E3 mencionou a possibilidade de realizar duas vezes o mesmo estágio, e, em suas palavras: “(...) poderia ser passado em dois estágios de conhecimento e dois de atuação, (...) uma primeira fase um pouco mais básica e de atuação um pouco menor, e uma segunda vez com uma capacidade maior de intervenção e de trabalho”.

Quanto ao modelo pedagógico, um estudante ressaltou a importância de diminuir as aulas predominantemente expositivas e aumentar a *prática para subsidiar a discussão teórica*, num processo em que a *aprendizagem* se tornaria mais *significativa* para o estudante. O modelo de Internato proposto por ele contaria com *grupos pequenos*, utilizando *rodas de problematização* e orientação por meio de tutoria, além de *momentos com estudantes de outros cursos da saúde*, para desenvolver a discussão de campo e núcleo profissional, maior integração entre as áreas de conhecimento, bem como *discussão e pactuação do calendário de atividades* com os estudantes, que permitam a organização de seu tempo. Mencionou ainda, a necessidade de *discussão sobre a relação de poder na relação médico-paciente*, como uma categoria de análise.

O trabalho em *equipe multiprofissional* foi enfatizado em outros relatos. P3 sugeriu que, nesse processo, o grupo se reuniria duas vezes por semana para “discutir o que iam fazer aquela semana e, ao final da semana ou a cada 15 dias, o que fizeram naqueles 15 dias”.

Outro estudante comentou que seria interessante *maior autonomia dos acadêmicos*, permitindo a requisição de exames e a disponibilidade de encaminhamento para especialidades, quando necessário, e criticou o plantão noturno, afirmando que ele prejudica o aprendizado.

P2 comentou que “as pessoas têm que primeiro discutir *mercado de trabalho* muito claramente ao longo do curso, *entender SUS* ao longo do curso (...)”.

Dois aspectos foram mencionados como importantes para serem vistos nos momentos iniciais da formação: os *aspectos humanísticos* da relação médico-paciente e o *respeito à diversidade cultural* por meio do estudo da antropologia dos povos onde se estuda.

Acho que teria que estar aproveitando exatamente esse momento inicial da formação, essa inserção do aluno na rede, para tratar dos outros componentes da formação: a questão humanística, a questão da relação médico-paciente, iniciar desde esse momento as questões de comunicação (...) (P6)

(...) a primeira coisa que o aluno precisa ao chegar na escola, recém-saído ou ainda na adolescência, é ter uma compreensão e um respeito muito grande aos aspectos culturais da nossa população.(...) é antropologia dos povos da região onde ele estuda, onde ele vai trabalhar (...) (P4)

Quanto ao tempo de duração do Internato Médico, grande parte dos entrevistados mencionou o *aumento para mais de dois anos* como um fator importante na busca do modelo ideal. Enquanto alguns delimitaram períodos de dois anos e meio a três anos, um entrevistado referiu ter dúvidas sobre a viabilidade de um modelo que superasse dois anos e meio.

Outros citaram um modelo que fosse *permeando todo o curso*, tornando-se um *espaço maior de prática supervisionada*, devendo as habilidades e atitudes ser *trabalhadas desde o início do curso*. Foi também apontada a possibilidade de superar a expressão Internato Médico, desde que as metodologias ativas de ensino-aprendizagem fossem utilizadas desde o início do curso. Seguem alguns trechos:

O Internato deve ser realmente o espaço maior, o tempo maior de prática supervisionada, mas essa é uma atividade que deve ter início em momentos anteriores do curso (...) Eu acho que ele começa no primeiro ano a trabalhar as habilidades e atitudes daquele profissional que vai ser. (P6)

Não vejo mais aquela coisa da pressão para que o Internato dê conta de tudo, ele não vai dar conta de tudo, mas é um instrumento importante para que se perceba que o que tem de precioso são as metodologias ativas de aprendizagem; então, em vez de ficar aumentando o Internato, como tem gente que está falando em três anos, vamos fazer um curso com seis anos de Internato, com metodologias ativas de aprendizagem desde o começo. Não vamos deixar chegar ao sexto ano para integrar, vamos integrar desde o começo, até o ponto que eu acho que é o ideal, que é acabar com o Internato. No meu ponto de vista, é o modelo pedagógico que está em discussão, e o que se quer é a metodologia ativa integrada desde o começo do curso. (P3)

INTERNATO: DO MODELO EXISTENTE AO MODELO ALMEJADO

A análise dos dados associada ao diálogo com a literatura deixou claro que o modelo de Internato existente ainda é o tradicional, baseado em rodízio, nas quatro áreas da Medicina (...) ou incluindo a Saúde Coletiva ou Medicina Social. A curta duração e a descontinuidade dos rodízios, associadas à falta de diálogo entre as áreas, são limitações apontadas pelos entrevistados. Outro fator sentido como prejudicial é o cenário de prática predominante em hospitais, que, geralmente, tendem a ser terciários ou até quaternários. Neste ambiente, houve estudantes que se queixaram de “tocar serviço” em algumas enfermarias, ambulatórios e em serviços de emergência, e há depoimentos que descrevem a ocorrência de “guetos” de resistência à formação generalista, por parte dos especialistas que ali trabalham.

Segundo Lampert¹³, a estruturação do Internato por rodízios de especialidades é oriunda de um processo de fragmentação pela qual passou o conhecimento médico ao longo da história, fruto do avanço científico e tecnológico. Entre as limitações mencionadas pelos entrevistados em relação ao rodízio estão aquelas que, para Marcondes e Mascaretti¹¹, são suas principais falhas: duração curta dos estágios e, sobretudo, dos estágios que podem ser de uma semana; falta de continuidade e falta de integração programática interdisciplinar.

Quanto ao cenário de prática predominante no modelo tradicional, durante o Internato, o hospital de ensino, Campos¹⁴

afirma que este, por ser obrigado a trabalhar sob uma lógica de produção de serviços e incorporação de alta tecnologia, possui uma fragmentação do processo de trabalho, tornando-se difícil a integração entre as diversas clínicas e entre os diversos conhecimentos. Além disso, a demanda por produção de serviço acarreta demandas burocráticas e de assistência, que podem prejudicar o processo de ensino-aprendizagem.

Medici¹⁵ afirma que os hospitais universitários se distanciaram do perfil epidemiológico das populações e tornaram-se meios de utilização de novas tecnologias médicas de interesse das especialidades, facilitando o fortalecimento social e econômico de médicos “superespecialistas”, que também se utilizam dos mesmos para recrutamento ideológico de novos quadros.

Além do sistema de rodízios, alguns entrevistados relataram a existência, em alguns locais, de períodos eletivos, em que estudantes poderiam aprofundar conhecimentos em área de interesse e conhecer outros serviços não relacionados à sua instituição. Segundo Sobral¹⁶, este período seria uma forma de incentivar o interesse do aluno por seu processo educativo. Sua limitação, segundo alguns, seria o incentivo à especialização precoce, embora exista literatura¹⁷ afirmando que o período eletivo não afeta a opção por especialidade que o estudante tinha antes desse período.

Os relatos apontam o surgimento, ao longo da história, de iniciativas com o intuito de implementar mudanças no modelo tradicional, visando aproximar o olhar dos estudantes das necessidades de saúde da população e do processo saúde-doença na comunidade. Pereira e Almeida¹⁸ afirmam que, num primeiro momento, existiram atividades de extensão, numa relação apenas de observação, comparadas a “laboratórios de comunidade”. Seqüencialmente, em decorrência das mudanças ocorridas nas relações socioeconômicas, num processo dialético com os movimentos sociais, ocorreu uma mudança na relação da escola com a comunidade, de modo que se desenvolveram experiências que superaram as iniciativas pontuais, que tiveram repercussões, até hoje, no processo de formação. Alguns entrevistados mencionaram algumas destas experiências, como o Internato Rural e o Internato em Unidades de Saúde.

Um exemplo de Internato Rural ocorre na Universidade Federal de Minas Gerais, desde 1978, com o objetivo de propiciar aos estudantes a oportunidade de melhor apreenderem as relações entre medicina e sociedade por meio da participação direta no SUS e nos movimentos sociais, dentro da perspectiva de consolidar uma proposta de integração docente-assistencial. Segundo avaliação discente desta universidade, constitui uma experiência única, no sentido de

complementação da formação profissional, humana e política do futuro médico. Esta experiência possibilita agregar ensino, pesquisa e extensão na construção de ações de saúde voltadas para as comunidades, formando profissionais comprometidos com as transformações sociais e do setor saúde e estimulando a reflexão sobre as práticas de saúde, os movimentos sociais e o ensino de graduação¹⁹.

O Internato em Saúde Coletiva, segundo o exemplo da Universidade Federal de Santa Catarina, tem por objetivo incluir a participação do estudante junto a uma nova realidade de trabalho, tentando contemplar o modelo de saúde preconizado para o País, com integralidade na atenção e promoção à saúde, num sistema hierarquizado de referência, contra-referência e de trabalho em equipe²⁰. Estudos demonstram que estes estágios conseguem transmitir uma visão menos fragmentada da atenção à saúde, oportunizando o trabalho em equipe e ampliando a visão sobre a formação, a responsabilidade do profissional e os espaços da comunidade em que ocorrem^{20,21,22}.

Apesar de avançarem, as iniciativas também encontram dificuldades. Foram mencionadas: despreparo dos profissionais do serviço para receber os estudantes, resistência para estabelecer convênios com estes serviços e, ainda, a falta de estrutura física que permitisse o aprendizado. Alguns desses problemas advêm da relação entre escola e rede de saúde, na qual, segundo Sisson²², encontramos dificuldades para a contratação de profissionais, ausência de financiamento específico, ausência de carreira para os profissionais que orientam os estudantes na rede, disfunção do sistema de referência e contra-referência e uma tradição de autonomia por parte da escola médica e da rede de saúde, o que dificulta a integração entre estes atores. Mesmo no processo pedagógico desenvolvido na rede, encontramos dificuldades, pois existem professores que não possuem ou discriminam conhecimentos na área das ciências humanas¹⁸.

Estes processos de integração com a rede detêm alguns elementos facilitadores, como uma conjuntura de apoio por parte dos gestores municipais de saúde para estabelecer articulações com as instituições de ensino, compartilhando a responsabilidade de formar trabalhadores em saúde^{22,33}, além de as equipes profissionais da rede, envolvidas com o processo de formação, serem compromissadas com o mesmo²².

As mudanças pontuais, que surgiram nas entrevistas, também encontram respaldo na literatura quanto à sua eficácia na ampliação do treinamento prático do estudante. É o caso do aumento das atividades em emergência, vista como um momento adequado ao desenvolvimento de habilidades

clínicas em emergências e apontamento de eventuais falhas de formação²⁴.

Os diversos olhares acerca do Internato Médico contribuíram para a concepção de um modelo ideal, *integrado ao processo de formação médica*. Todos demonstraram reconhecimento sobre a importância do Internato para o treinamento do futuro profissional e a preocupação em ampliar o exercício da prática médica desenvolvido nessa fase.

Segundo Zanolli²⁵, no campo da Medicina, o grande desafio da educação na área clínica seria desenvolver nos estudantes as competências necessárias para que se tornem médicos com o perfil desejado e atingir esse objetivo de maneira eficiente e prazerosa. Esse parece ser o elemento motriz evidente nas entrevistas, identificado quando se percebe a variação de experiências empregadas nas escolas médicas, com o intuito de atingir o modelo adequado.

Ao falarem sobre o perfil desejado, lembraram as Diretrizes Curriculares¹, lançadas em 2001, preconizando um médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; capacitado a atuar no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, como promotor da saúde integral do ser humano.

O modelo concebido pelos entrevistados sugere o aumento do tempo em atividades práticas inseridas na rede de saúde desde o início do curso, com ganho progressivo de autonomia e responsabilização, guiado por um eixo prático progressivo. Segundo Blank²⁶, a prática no sistema de saúde possibilita uma aproximação com o mercado de trabalho, cumpre com o papel da escola médica em mudar as condições dos serviços de saúde oferecidos à comunidade e possibilita um aprendizado em níveis crescentes de complexidade, voltado para as necessidades de saúde da população. Zanolli²¹ menciona que a aproximação do treinamento profissional desperta no estudante maior envolvimento com seu desenvolvimento cognitivo, tornando-o ativo na construção de seu conhecimento. Seu treinamento deve estar integrado ao SUS, pois será nesse espaço que os futuros médicos desenvolverão grande parte de seu trabalho, tornando esta integração essencial para alcançar o perfil almejado. O estudante deve exercer um grau crescente de responsabilidades, passando a ter um papel ativo na construção de sua autonomia, e o docente torna-se um orientador deste processo, como preconizado pela Cinaem²⁷.

Exercer um papel ativo na própria aprendizagem significa que a pessoa que está aprendendo busca ativamente seus conhecimentos, possibilitando uma autonomia sobre o enfrentamento de situações e problemas ao longo da vida profissional. Para que isso aconteça, de acordo com Sisson²², é

necessário utilizar metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que possam oportunizar novas habilidades, construídas na prática cotidiana dos serviços de saúde e comunidades, mais além das salas de aula e laboratórios.

Quanto ao modelo pedagógico, além de colocarem a prática como subsídio aos conhecimentos teóricos que devem ser abordados, lembraram também a necessidade de integração entre as áreas de conhecimento e o ensino junto a equipes multiprofissionais. Buscar a interdisciplinaridade ajudaria na integração teórica e entre a equipe, pois, segundo Batista²⁸, contribui com a crítica ao paradigma disciplinar e é um dos constituintes de uma aprendizagem interprofissional, ajudando também na superação de preconceitos e na ruptura da prática centrada na doença.

A preocupação sobre como estabelecer contato com a comunidade numa postura respeitosa por parte de professor e estudante perpassou as entrevistas, levando a sugestões como as de associar disciplinas ou conhecimentos na área de ciências humanas às fases iniciais de formação, fato que contribuiria para a construção de um diálogo intercultural efetivo com as comunidades trabalhadas e também para fazer emergir novos princípios e conceitos em medicina¹⁸.

A relação de poder no contato com os indivíduos por ocasião de seu atendimento nos consultórios e hospitais foi abordada por um entrevistado. O modelo tradicional traz em seu bojo uma relação hierárquica em que o poder se estabelece de forma semelhante ao que existe na relação professor-aluno, a mesma passividade dos alunos diante da autoridade do professor, entre este que “tudo” sabe e aquele que “nada” sabe. Desse modo, é promovida uma troca mercantil, que prejudica a autonomia do indivíduo e a ampliação de sua consciência¹⁸. Blank²⁶ considera inapropriada a postura em que o estudante determina a conduta a ser adotada pelo paciente e, sendo assim, considera fundamental que o estudante conheça e assimile, desde cedo, a visão moderna da relação médico-paciente, em que ocorra o respeito às decisões compartilhadas.

Quanto ao tempo ideal de Internato Médico, muitos pontuaram a necessidade de aumento do tempo. Para alguns, até mesmo a palavra “Internato” se tornaria obsoleta se, no dia-a-dia da formação acadêmica, a prática estivesse associada à teoria, tornando o acadêmico um aprendiz teórico-prático desde a sua entrada na universidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aparentemente, o modelo ideal de Internato Médico não pode ser desvinculado de um processo de transformação do

ensino médico, que potencialize a capacidade do estudante de construir conhecimentos, ao longo do curso, por meio de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, responsabilizando-se progressivamente pelo cuidado nos diversos níveis de atenção, desde o início de sua formação, compreendendo a importância dos serviços dentro do Sistema Único de Saúde e trocando saberes com a comunidade, respeitando e aprendendo com os saberes populares.

Apesar de ainda haver um longo caminho a percorrer, já observamos um início do caminhar nesta direção. Entretanto, precisamos superar diversos obstáculos que se impõem, entre eles, nós mesmos. É preciso ainda romper as barreiras do preconceito e dos núcleos de poder existentes na academia e entre os profissionais de saúde.

A luta pela transformação do ensino médico deve caminhar em conjunto com a luta por um ensino de qualidade para o País e em conjunto com a luta pela concretização de um sistema de saúde de qualidade que supra as necessidades de saúde de toda a população brasileira, pois a mudança curricular não pode ser isolada do contexto socioeconômico no qual estamos inseridos ou dos problemas da educação e da saúde em nosso país.

Albizuri²⁹ já mencionava a necessidade de discutir e pactuar a concepção curricular com toda a escola, pois ainda estamos bem aquém do modelo ideal. Não superamos o modelo hospitalocêntrico, e os espaços junto à rede possuem enormes limitações. A prática junto à rede de saúde deve estar intrinsecamente associada aos objetivos maiores da transformação curricular e da construção do SUS: transformação, progresso e revolução da sociedade. Somente quando uma prática transformadora orientar cada passo da formação dos profissionais do amanhã, com real diálogo entre universidade e rede de saúde, seremos partícipes de uma nova história para o nosso Brasil. Do contrário, qualquer iniciativa para mudar o Internato Médico e o modelo de formação fracassará na sua essência.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 07 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. [online]. Brasília, DF; 2001. [capturado 23 mar. 2006]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/pdf/CES04.pdf>

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de incentivo à mudanças curriculares nos cursos de Medicina: uma nova escola médica para um novo sistema de saúde. Brasília, DF; 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde / Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: Pró-saúde. Brasília: MS / MEC; 2005.
4. Lima VV, Komatsu RS, Padilha RQ. Desafios ao desenvolvimento de um currículo inovador: a experiência da Faculdade de Medicina de Marília. *Interface*. 2003; 7(12): 175-84.
5. Cyrino EG, Rizzato ABP. Contribuição à mudança curricular na graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2004; 4(1): 59-69.
6. Grosseman S. Um olhar sobre o processo de mudança curricular do curso de medicina: do contexto global ao contexto da Universidade Federal de Santa Catarina. In: Pereima MJL, Coelho EBS, Ros MA, orgs. Da proposta à ação: currículo integrado do curso de graduação em Medicina da UFSC. Florianópolis, SC: Ed. da UFSC; 2005. p.25-40.
7. Elias PM. Residência médica no Brasil: a institucionalização da ambivalência. São Paulo; 1987. Mestrado [Dissertação] - Universidade de São Paulo.
8. Associação Brasileira de Educação Médica. O internato nas escolas médicas brasileiras. Rio de Janeiro: ABEM; 1982.
9. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Manual do internato. Brasília: MEC; 1984.
10. García JC. La educación médica en América Latina. Washington: OPS/OMS; 1972.
11. Marcondes E, Mascaretti LA. O internato na graduação médica. In: Marcondes E, Gonçalves EL, orgs. Educação médica. São Paulo, SP: Sarvier; 1998. p.149-166.
12. Patrício ZM. Qualidade de vida do ser humano na perspectiva de novos paradigmas: possibilidades éticas e estéticas nas interações ser humano-natureza-cotidiano-sociedade. In: Patrício ZM, Casagrande JL, Araújo MF, orgs. Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis, SC: PCA; 1999.
13. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec / ABEM; 2002.
14. Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica*. 1999; 15(1): 187-94.
15. Medici AC. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. *Rev Assoc Med Bras*. 2001; 47(2): 149-56.
16. Sobral DT. Fatores de influência na escolha de treinamento seletivo no internato. *Rev Bras Educ Med*. 2003; 27(3): 184-90.
17. Sobral DT. Escolha de carreira em Medicina por graduandos da Universidade de Brasília. *Brasilia Med*. 2000; 37(1-2): 8-13.
18. Pereiral OP, Almeida TMC. A formação médica segundo uma pedagogia de resistência. *Interface*. 2005; 9(16): 69-79.
19. Polignano MV, Melo EM, Nascimento LE, Santana AMP, Rodrigues Júnior IA. Internato rural da Faculdade de Medicina: 25 anos de integração docente-assistencial. In: Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, 2004 set., Belo Horizonte, MG.
20. Souza CRP. O olhar do aluno da 10a. fase do curso de medicina da UFSC sobre a saúde e SUS, antes e depois do internato de saúde coletiva. Florianópolis, SC; 2004. Mestrado [Dissertação] - Universidade Federal de Santa Catarina.
21. Miranda JFA. Educação médica: estudo do impacto da adoção da estratégia de saúde da família no internato médico. Rio de Janeiro: Papel Virtual; 2004.
22. Sisson MA. Integração ensino-serviço em Florianópolis. In: Pereima MJL, Coelho EBS, Ros MA, orgs. Da proposta à ação: currículo integrado do curso de medicina da UFSC. Florianópolis, SC: Ed da UFSC; 2005. p.41-58.
23. Barreto ICHC, Andrade LOM, Loiola F, Paula JB, Miranda AS, Goya N. A educação permanente e a construção de Sistemas Municipais de Saúde-Escola: o caso de Fortaleza (CE). *Divulg Saude Debate*. 2006; (34): 31-46.
24. Celenza A, Jelinek GA, Jacobs I, Kruk C, Graydon R, Murray L. Implementation and evaluation of an undergraduate emergency medicine curriculum. *Emerg Med*. 2001; 13(1): 98-103.
25. Zanolli MB. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, orgs. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec / ABEM; 2004. p.40-61.
26. Blank D. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. *Rev Bras Educ Med*. 2006; 30(1): 27-31.
27. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Preparando a transformação da educação médica brasileira: projeto CINAEM III fase: relatório 1999-2000. Pelotas, PR: UFPel; 2000.

28. Batista SHS. A interdisciplinaridade no ensino médico. Rev Bras Educ Med. 2006; 30(1): 39-46.
29. Albizuri E. O novo currículo de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina: uma análise comparativa entre as bases teóricas da mudança e a atual situação da reforma curricular. Florianópolis, SC; 2004. Graduação [Trabalho de Conclusão de Curso] – Universidade Federal de Santa Catarina.

CONFLITO DE INTERESSE

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Suely Grosseman

Rua Arno Hoeschel, nº 121 – Apto 802

88015-620 – Centro – Florianópolis/SC

E-mail: suelyg@terra.com.br