

Internato Longitudinal

Longitudinal Medical Internship

Marcelo Marcos Piva Demarzo¹

Bruno José Barcellos Fontanella¹

Débora Gusmão Melo¹

Lucimar Retto da Silva de Avó¹

Renata Giannecchini Bongiovanni Kishi¹

Augustus Tadeu Relo de Mattos¹

Petterson de Jesus Floriano¹

Guilherme Arantes Mello¹

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica.
- Internato e Residência
- Currículo.

KEYWORDS

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

RESUMO

O internato médico tem gerado recorrente debate frente às transformações curriculares em andamento no País. A despeito das discussões, um modelo de internato consonante com essas mudanças ainda não foi consistentemente delineado. Neste ensaio, trazemos uma proposta de matriz estruturante para o internato médico. Propomos que o internato médico seja realizado durante os seis anos do curso, de forma longitudinal, tendo como eixo estruturante a clínica da Atenção Básica (AB). Esse modelo de “internato longitudinal” prevê a introdução progressiva na prática clínica, iniciando-se pela AB nos dois primeiros anos, acrescentando-se progressivamente os ambulatorios de especialidades, os estágios hospitalares e demais atividades práticas, alcançando-se, dessa forma, o rol de diversidade e complexidade previsto para o egresso da escola médica.

ABSTRACT

The medical internship has sparked recurrent debate on curricular changes currently under way in Brazil. Despite these discussions, an internship model consistent with these changes has still not been established. This essay proposes a framework for the medical internship. We propose that the medical internship be implemented throughout the six years of undergraduate medical training, with primary care as the clinical backbone. This “longitudinal internship” model provides for the gradual introduction to clinical practice beginning with primary care in the first years, adding various outpatient specialty rotations, hospital ward practice, and other practical activities, thereby covering the diversity and complexity of practical experience expected of medical school graduates.

Recebido em: 28/08/2009

Reencaminhado em: 22/10/2009

Aprovado em: 21/01/2010

INTRODUÇÃO

O internato, segundo o Ministério da Educação e Cultura¹, 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” (p.3). O internato médico tem sido um ponto nodal e de recorrente debate frente às transformações curriculares em andamento nos cursos de graduação em Medicina do País². A despeito das discussões, um novo modelo de internato, consonante com essas mudanças, ainda não foi consistentemente delineado.

Por um lado, as reformas curriculares desencadeadas no Brasil principalmente a partir da década de 1990 orientam a prática profissional desde o primeiro ano do curso médico, o que é reforçado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina³; por outro lado, os documentos mais recentes da Associação Brasileira de Educação Médica sobre o tema^{4,5} ainda seguem a lógica do “internato terminal”, ou seja, restrito aos últimos anos do curso, seguindo o modelo de cinco grandes áreas, conforme os preceitos do MEC¹ e das próprias Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)³.

Neste ensaio, trazemos uma proposta de matriz longitudinal e estruturante para o internato médico. Ela nasce diretamente do “olho do furacão”, ou seja, da necessidade de respostas frente às discussões sobre o modelo de internato médico. Visa ampliar o debate sobre o futuro do internato médico no Brasil e trazer novas ideias sobre um “velho” conceito. Trata-se de uma proposta conceitual e operacional que dialoga com alguns apontamentos do estudo de caso de Chaves e Grosseman² e procura avançar em novos aspectos.

INTERNATO NA EDUCAÇÃO MÉDICA EM TRANSFORMAÇÃO — ESTAMOS USANDO UM “VELHO” CONCEITO OU UM CONCEITO “VELHO”?

Num momento de ebulição de mudanças incentivadas pelo MEC e também pelo Ministério da Saúde (MS)^{3,6-8}, um dos grandes entraves dos currículos chamados inovadores, ou em transformação, é a adequação do internato às novas diretrizes da educação médica. Nossa hipótese é que o problema essencial está na forma clássica como o internato vem sendo abordado. Esta visão tradicionalmente o limita como um período estanque e autônomo nos dois últimos anos da graduação — que denominamos “internato terminal” —, dentro de um modelo baseado em blocos pedagógicos segmentados, tradicionalmente conhecidos por ciclos “básico”, “clínico” e “internato”.

Críticas a este modelo não são recentes. Tome-se o caso de Juan Cesar García, que, em seu pioneirismo como estudioso

da educação médica latino-americana, analisou, no início da década de 1970, o currículo de cem escolas do continente⁹. Constatou um ensino excessivamente fragmentado e com apenas 57% de matérias clínicas, formação que desemboca num internato que “aparece como remédio contra a falta de experiência prática do aluno durante seus estudos”¹⁰ (p. 18). Para além da atomização estrutural, sua crítica se dirigia fundamentalmente ao conteúdo ideológico transmitido. Essa estrutura curricular remonta à década de 1940 no Brasil, tendo sido oficializada no final dos anos 1960 pelo MEC. A ideia era e ainda é complementar com estágios eminentemente práticos o predomínio de conteúdo teórico dos ciclos anteriores^{10,11}. Após meio século de abordagem de um mesmo conceito ou modelo, já não seria hora de mudar de perspectiva?

Essa forma de estruturar a graduação há muito se mostra anacrônica frente às diferentes necessidades, demandas e modelos pedagógicos em implantação na educação médica brasileira¹². De fato, muitos projetos pedagógicos ditos inovadores, incentivados pelas DCN³, inserem os estudantes de Medicina desde o primeiro ano em práticas supervisionadas, especialmente na Atenção Básica (AB). Será que já não se está fazendo o que é conceituado como “internato” desde os primeiros anos do curso? Provavelmente, em alguns casos sim, porém sem o enfoque, a sistematização e a reflexão necessários.

O “INTERNATO LONGITUDINAL”

Por que não pensar o internato de forma longitudinal durante os seis anos do curso, considerando um aumento progressivo de domínio e autonomia de competência clínica? Tal abordagem já fora aventada pelo estudo de Chaves e Grosseman², que indicaram a ideia deste tipo de estruturação permeando todo o curso, guiado por um eixo prático progressivo que alcançaria o máximo de autonomia e responsabilização do estudante ao final dos seis anos e que tornaria “o acadêmico um aprendiz teórico-prático desde a sua entrada na universidade” (p. 220). O internato em períodos anteriores aos últimos anos do curso também foi sugerido por Marcondes e Mascaretti¹³, que o conceituaram da seguinte forma: “metodologia de ensino baseada no aprendizado em serviço, obrigatório nos dois últimos semestres de graduação, podendo ocorrer em outros momentos” (p.149).

Um modelo de “internato longitudinal” necessita de estruturação. Neste ensaio, propomos organizá-lo tendo como eixo estruturante a AB e o exercício clínico, desenhando-o a partir do perfil de competência previsto para o egresso, segundo as DCN³.

Nossa proposta é que o internato seja estruturado longitudinalmente, tendo como eixo estruturante a AB, sua com-

plexidade clínica e seus princípios^{14,15}. A partir da AB, e sob a coordenação desse cenário, os estudantes participariam, progressivamente, de atividades nos outros níveis e equipamentos da rede de saúde, como os ambulatorios de especialidades e os hospitais, conforme o perfil de competência esperado do egresso das escolas médicas, numa abordagem “a montante”:

Atenção Básica como Eixo Estruturante

Por que estruturar o internato médico pela AB? Assim como nos sistemas nacionais de saúde, nos quais a AB (ou denominações equivalentes, como Atenção Primária à Saúde — APS)¹⁶ é pensada como a porta de entrada e a principal estratégia organizacional para aprimoramento de todo o sistema^{17,18}, na educação médica o mesmo princípio pode ser empregado, já que se preconiza que os currículos médicos devem atender às necessidades da população e dos países em termos de saúde³.

A proposta de que o ensino médico deve se pautar pela clínica da AB não é recente e foi definitivamente defendida pelo estudo de White *et al.*¹⁹. Esta discussão aprofundou-se em várias direções, muitas vezes antagônicas, mas eminentemente sob o referencial dos serviços básicos de saúde. Vários debates se seguiram, agregando conhecimentos à ideia, dos quais destacamos dois. Primeiro, na década de 1970, o entendimento dos serviços de saúde como “sistemas”, evidenciando a imperiosa necessidade de planejamento e análise dos serviços e dos fluxos envolvidos, tanto intra quanto interinstitucionais²⁰. Segundo, numa discussão bastante específica do contexto sul-americano: o olhar sobre as determinações sociais do processo saúde-adoecimento²¹.

Em linhas gerais, não são outras as preconizações das atuais diretrizes curriculares³. O espaço da AB é onde melhor se integra e se visualiza o corpo do debate envolvido no cuidado e seria, em resumo, a materialização da integralidade. Os estudantes terão, ao longo dos seis anos, maior chance de vivenciar e compreender o cuidado longitudinal, integral e integrado dos pacientes adscritos às unidades de AB nas quais se inserem. Poderão também acompanhar seus pacientes dentro do sistema, quando houver necessidade de seguimento conjunto com outros profissionais ou especialistas em outros equipamentos de saúde. Segundo apontado pelo estudo de Chaves e Grosseman², a articulação adequada entre os três “níveis de atenção”, dentro do internato, teria “a vantagem de possibilitar que o estudante acompanhe os pacientes na referência e contrarreferência e tenha uma visão integrada do Sistema Único de Saúde” (p. 215). Ainda segundo esses autores, diferiria do modelo tradicional com concentração hospitalar que “afasta o estudante do contato com a comunidade”, evitando também “o rodízio por especialidades que, algumas

vezes, tem tempo muito limitado em cada área” (p. 215) e que pode resultar numa construção de conhecimentos superficial e fragmentada.

Um recente estímulo nesta direção foi a preconização da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas)²² de que os países americanos criem mecanismos de cooperação entre as instituições educativas e de serviços de saúde para promoção de um modelo de educação profissional orientado para a universalidade, equidade e alta qualidade. A proposta é que, durante o período de 2007 a 2015, 80% das escolas de ciência da saúde reorientem sua formação para a APS e as necessidades de saúde comunitária, incorporando também estratégias para formação interprofissional.

Também, a aprendizagem prática inserida no sistema de saúde possibilita uma aproximação dos docentes e dos estudantes com a realidade do trabalho, cumprindo com o papel da escola médica de mudar as condições dos serviços de saúde oferecidos à comunidade e possibilitando um aprendizado em níveis crescentes de complexidade e voltado para as necessidades de saúde da população²³. Um treinamento integrado ao SUS torna-se, então, essencial para alcançar o perfil almejado, pois será nesse espaço que os futuros médicos desenvolverão grande parte de seu trabalho²⁴.

No Brasil, o MEC e o Ministério da Saúde²⁵ avaliam que os cursos de Medicina diretamente comprometidos com a formação de um médico capaz de responder às necessidades sociais da população e com maior grau de aderência aos princípios das DCN concentram boa parte de suas práticas acadêmicas em unidades da rede básica, ratificando a importância desse espaço para o ensino médico de graduação.

A Complexidade Clínica da Atenção Básica

Propor um modelo de internato médico a partir do exercício clínico pode parecer redundante. No entanto, é necessário fazer esta discussão quando se propõe um “internato longitudinal”, que começa no primeiro ano do curso médico, pois pode parecer pouco viável o exercício clínico em momentos tão precoces da graduação. Como estudantes de Medicina do primeiro ano podem exercer a clínica?

Partiremos de um exemplo, tomando como referência a experiência do estágio de prática profissional dos estudantes do primeiro e segundo anos do curso de Medicina da UFSCar^{26,27}. Neste estágio, o cenário de aprendizagem são as Unidades de Saúde da Família (USF), nas quais os estudantes devem exercer atividades de cuidado clínico, segundo o grau de domínio técnico e de autonomia em que se encontram e sob supervisão direta de um profissional médico que trabalhe na USF, competente e capacitado pedagogicamente (denominado preceptor).

Os estudantes executam, de forma progressiva e sob orientação, atividades de cuidado à saúde das pessoas, nos contextos individual, familiar e comunitário, em especial daquelas famílias que serão acompanhadas longitudinalmente pelo estudante durante os seis anos do curso. Estes aspectos foram apontados como relevantes pelo estudo de Chaves e Grossemann². O estágio de prática profissional é apoiado por estudos teóricos e simulações, para que os estudantes desenvolvam atributos e tenham capacidade para realizar história de vida, anamnese e exame físico. Durante todo o curso, os estudantes têm oportunidade de exercer atividades clínicas, respeitando os princípios éticos da relação médico-paciente^{26,27}.

A abordagem exemplificada acima poderá contribuir para que o cenário da AB seja mais significativo no processo de ensino-aprendizagem dos estudantes, em comparação com a inserção habitual como observadores de profissionais de saúde e da comunidade^{28,29}; ou com a abordagem eminentemente de saúde pública ou coletiva, em detrimento do cuidado clínico individual. Esse formato evita modelos de ensino na AB voltados apenas à observação do tipo “laboratórios de comunidade”^{28,29}. Também responde a críticas de estudantes em relação à falta de continuidade no acompanhamento do paciente e de orientação docente nas atividades ambulatoriais².

O treinamento profissional desenvolvido na AB pode despertar no estudante maior envolvimento cognitivo, favorecendo a construção de seu conhecimento²⁴. Consideramos que é na AB que se pode aprender plenamente o raciocínio clínico e epidemiológico, ao ser utilizado o instrumental semiótico para o levantamento de hipóteses frente a problemas que ainda podem se apresentar como indiferenciados. Trabalha-se também com a convicção de que as condições que afetam a saúde das pessoas não são definidas apenas pelas características biológicas, mas são fortemente determinadas por variáveis socioeconômicas, familiares, culturais, ambientais, comportamentais e da própria condição de assistência local e regional. Na literatura internacional, é o que vem sendo chamado de “complexidade do paciente” (*patient complexity*)³⁰. Tal aprendizagem pode ser desenvolvida nas diversas possibilidades assistenciais previstas para a AB, principalmente nos atendimentos e seguimentos ambulatoriais e visitas domiciliares das pessoas e famílias daquele território, abrangendo condições agudas e crônicas em todas as fases da vida. Compreende de forma integrada as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, e o planejamento e a gestão das atividades e da unidade de saúde.

Consideramos que esta ‘atitude de integralidade’ deveria ser produzida nas escolas, pois se relaciona com a boa prática médica³¹. No mesmo sentido, a abordagem clínica em equipe interdisciplinar com base em território definido faz-se mais significativa na AB, aspecto relevante e imprescindível³².

Tais características de um internato longitudinal, assim configurado, corresponderiam ao que a definição do MEC chama de “treinamento intensivo”, se compreendermos “intensivo” não simplesmente como uma concentração grande de tempo do estudante despendido em determinado cenário de aprendizagem, mas como uma exposição do estudante a fortes, vigorosas e abundantes realidades empíricas compreendidas pelas ciências médicas sob a rubrica de *clínicas*.

A força e o vigor dessas “realidades empíricas” residiriam exatamente em sua complexidade, tal como se apresenta na AB, com variáveis biopsicossociais observadas no contexto comunitário e familiar que privilegia o saber dos usuários (sem, obviamente, desconsiderar o saber médico) e com ênfase no raciocínio preventivo e de promoção da saúde.

Isto é diferente da igualmente complexa “realidade empírica” tal como se apresenta ao estudante na atenção secundária ou terciária, permeada igualmente por variáveis biopsicossociais, porém observada em contextos que privilegiam sobretudo o saber médico (não excluindo o saber do indivíduo), com ênfase nos aspectos morfo e fisiopatológicos e nos correspondentes instrumentos terapêuticos.

Tais “realidades” se complementam, favorecendo a compreensão do futuro médico do conceito de integralidade do cuidado.

Essas ideias podem ser operacionalizadas se pensarmos que o mesmo estudante poderá seguir seu paciente da AB nos diferentes cenários de atenção, quando houver necessidade.

Abordagem “a Montante”

A longitudinalidade do internato proposta aqui o visualiza de forma integrada com o restante do currículo, numa abordagem “a montante”. Nessa abordagem, parte-se do objetivo final (da “foz”), ou seja, do perfil de competência que deve ser atingido pelo estudante ao final do curso. A partir desse perfil, constrói-se a grade de cenários onde as atividades práticas serão progressivamente desenvolvidas durante os seis anos.

Assim, ao final do curso, para que o estudante tenha uma sólida formação médica geral, propõe-se um internato com atividades clínicas nos cenários da atenção básica, especializada e hospitalar (Quadros 1, 2 e 3). A partir da grade final (Quadro 1), define-se, então, a grade dos anos anteriores (Quadros 2 e 3).

Desta forma, o “internato longitudinal” prevê a introdução progressiva na prática clínica, iniciando-se pela AB nos dois primeiros anos, acrescentando-se sucessivamente os ambulatorios de especialidades, os estágios hospitalares e demais atividades práticas, ampliando a complexidade até o final do sexto ano, conforme o perfil do egresso de cada escola médica.

QUADRO 1

Proposta Esquemática de Cenários para as Atividades Práticas do Quinto e Sexto Ano do Curso Médico, excetuando-se Escala de Plantões

| | Dia 1 | Dia 2 | Dia 3 | Dia 4 | Dia 5 |
|-------|--------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|--------------------|
| Manhã | Atenção hospitalar | Atenção hospitalar | Atenção hospitalar | Atenção hospitalar | Atenção hospitalar |
| Tarde | AB | Atenção especializada | AB | Atenção especializada | AB |

QUADRO 2

Proposta Esquemática de Cenários para as Atividades Práticas do Terceiro e Quarto Ano do Curso Médico

| | Dia 1 | Dia 2 | Dia 3 | Dia 4 | Dia 5 |
|-------|-------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| Manhã | | | | | |
| Tarde | AB | Atenção especializada | AB | Atenção especializada | AB |

QUADRO 3

Proposta Esquemática de Cenários para as Atividades Práticas do Primeiro e Segundo Ano do Curso Médico

| | Dia 1 | Dia 2 | Dia 3 | Dia 4 | Dia 5 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Manhã | | | | | |
| Tarde | AB | | AB | | AB |

Atividades teóricas (e/ou simuladas) seriam desenvolvidas de forma integrada nos demais períodos, seguindo um modelo em 'Z' no qual haveria um crescimento de períodos práticos e diminuição progressiva de espaços teóricos, mantendo-os inclusive nos anos finais do curso médico (Figura). Assim, de acordo com o modelo pedagógico seguido por cada escola, o internato poderia balizar a discussão teórica dos seis anos do curso, num processo que tornaria a aprendizagem mais significativa para o estudante.

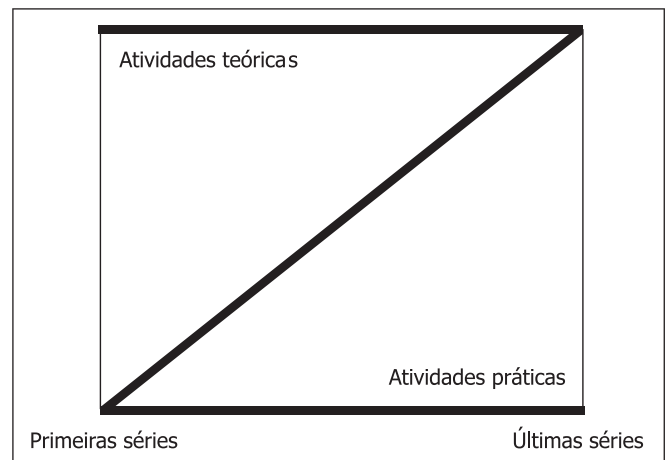
Nesta proposta, a atenção especializada surge como cenário de aprendizagem a partir do terceiro ano do curso. Ao contrário do cenário da AB, onde não há estágios de curta duração e o estudante está inserido numa mesma equipe durante os seis anos do curso, propõe-se que a atenção especializada seja constituída por uma série de estágios em ambulatórios de especialidades pertencentes às grandes áreas clínicas da medicina.

O objetivo destes estágios é permitir que o estudante tenha vivência de uma prática clínica que seja distinta e complementar à exercida na AB. Na atenção especializada, os pacientes tipicamente são encaminhados por outro médico que já fez uma exploração inicial do problema do paciente. O estudante entrará, então, em contato com maior variedade de situações clínicas, mais delimitadas do ponto de vista biomédico e, al-

guas delas, raras. A oportunidade de ter contato com essas condições clínicas aumenta o repertório semiológico do estudante, facilitando o reconhecimento de situações semelhantes no futuro. O desejável é que os estudantes acompanhem ambulatórios de especialidades sendo orientados por professores/preceptores capacitados e comprometidos com uma visão de cuidado em saúde integral.

FIGURA

Representação Esquemática da Proporção de Atividades Teóricas e Práticas Desenvolvidas nos Seis Anos do Curso Médico, de Acordo com um Modelo em 'Z'



Na atenção hospitalar, é desejável que os estudantes acompanhem e exerçam atividades diversas, nas diferentes áreas clínicas e cirúrgicas (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia), em estágios rotativos, em diferentes cenários: enfermarias, sala de parto (exercendo cuidado obs-

tétrico e pediátrico), alojamento conjunto e berçário, centro cirúrgico, pronto-socorro, Samu, serviço de toxicologia. Pode ser utilizado o esquema de imersão, no qual o estudante, durante alguns meses consecutivos, desenvolve atividades em uma única grande área da prática médica antes de passar para os estágios de outra área, combinando-se as atividades da atenção hospitalar com os ambulatorios da atenção especializada. Esta imersão permite, a nosso ver, forte interação com a área e pode acelerar a aprendizagem, pois intensifica e favorece a relação de situações e conceitos distintos, mas relativos a uma mesma área do conhecimento, apreendidos simultaneamente em estágios e cenários diferentes.

Do ponto de vista do aprendizado, a ideia de longitudinalidade e coordenação do cuidado fica assegurada com a permanência do estudante no cenário da AB durante todo o curso, permitindo-lhe inclusive seguir seu paciente da AB em outros cenários de atenção, quando houver necessidade de referência e interesse pedagógico. Este seria o corolário da superação dos estágios de “curta duração e a descontinuidade dos rodízios” próprios do internato tradicional e tão “associados à falta de diálogo entre as áreas”, aspectos avaliados como limitantes por Chaves e Grosseman².

“Internato Longitudinal” versus “Prática Profissional”

Neste ponto de nossa argumentação, perguntaríamos: por que chamar de “internato” o que hoje é chamado em algumas escolas de “prática profissional”?

As características de um internato médico, na definição do MEC, compreenderiam: ser livre de disciplinas, ser intensivo, contínuo e ocorrer sob supervisão docente em instituição de saúde. Ora, alguns currículos já não são construídos na lógica de disciplinas. O contato com pacientes e serviços muitas vezes já se dá de forma contínua, sob supervisão docente e em instituições vinculadas. Quanto ao caráter de ser uma capacitação “intensa”, discutimos anteriormente o que isso poderia significar.

O termo “internato” parece carregado de significados construídos historicamente ao longo das últimas décadas. Parece conotar algo como a finalização de um processo de formação profissional em nível de graduação, coincidindo com os estágios hospitalares. A própria origem do termo corresponderia ao “residir na própria escola” ou, no caso, “residir no hospital-escola”. A perspectiva que assim se privilegia é a de que o “fim” ou a “coroação” do processo formativo de graduação devem ser vivenciados pelos estudantes nos locais que enfatizam práticas médicas centradas em terapêuticas para processos morfo e fisiopatológicos.

Não se trata, obviamente, de menosprezar estes cenários e todo o potencial que eles representam para o aprendizado

médico (incluindo a “concentração epidemiológica” de casos clínicos fisiopatologicamente delimitados e a correspondente oportunidade do aprendizado semiotécnico específico, além de inúmeras outras habilidades médicas). Porém, representaria enormes ganhos considerar como “internato”, também, o aprendizado ocorrido ao longo do curso na AB e nos outros cenários de prática profissional. Tais atividades e cenários, muitas vezes, pouco ou nada se articulam ao formato de ‘internato terminal’, perdendo-se a ideia e a oportunidade pedagógica de integração. O currículo que adotasse o conceito de ‘internato longitudinal’ estaria então reconhecendo, valorizando e enfatizando outras complexidades, interpretadas teoricamente por paradigmas científicos específicos, como os utilizados no trabalho na AB. O “internato” poderia então ser compreendido metaforicamente como “residir na própria rede-escola”, conforme previsto por Vieira³³. É uma abordagem que efetivamente integra toda a prática profissional dentro do currículo, possibilitando ao estudante visão sistêmica e de rede no cuidado em saúde, tornando-o também protagonista no processo. O fomento de estágios longitudinais de aprendizagem durante o internato, a fim de facilitar o aprendizado e o desenvolvimento profissional, não é restrito à educação médica brasileira, tendo espaço destacado na literatura internacional, porém circunscrito ao conceito de “internato terminal”³⁴⁻³⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A AB pode ser o espaço apropriado para coordenar e integrar o ensino médico na direção de superar um conjunto de deficiências já bastante discutidas. No Brasil, tradicionalmente, a atenção médica tem sido centrada no hospital e tem se mostrado ineficaz, o que é agravado pela desigualdade na distribuição dos serviços para as camadas sociais menos favorecidas³⁸. Nossa proposta de um internato longitudinal, com eixo estruturante na clínica da AB, valoriza a percepção de equidade pelos estudantes, na medida em que esse espaço é privilegiado para a visão comunitária. Por outro lado, ao deslocar o foco do cuidado do hospital para o local onde as pessoas vivem, o médico em formação tem a oportunidade de se defrontar e lidar longitudinalmente com uma extensa gama de problemas comuns, médicos ou não, que se ligam intimamente à percepção de um sistema de saúde baseado na universalidade do acesso e na integralidade do cuidado. Isto não quer dizer que se prescindia dos cenários da atenção especializada e hospitalar, muito pelo contrário, acentua a exigência — e promove a oportunidade — de uma atuação ambulatorial especializada fortemente voltada para o aprofundamento de seu campo específico, orientando concretamente o estudante para a noção

de resolubilidade e cuidado conjunto multiprofissional e interdisciplinar.

Qualquer proposta de internato que busque se estruturar pela AB encontrará dificuldades inerentes, já mencionadas por Chaves e Grosseman²: “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” (p. 219). Resistências do corpo docente e discente também seriam características esperadas por quaisquer mudanças desta natureza. Tais fatos não devem imobilizar as discussões, reflexões e proposições sobre o tema.

Enfim, neste ensaio, refletimos sobre o internato e a prática profissional nos currículos de medicina, trazendo à tona uma proposta conceitual e operacional. Diante da necessidade de enfrentar os desafios colocados à educação médica contemporânea, visamos a uma contribuição inicial para o debate neste campo, particularmente voltada para sua estrutura longitudinal. A proposta que se apresenta corresponde a um recorte meramente didático. Sabemos que a estrutura curricular e o processo pedagógico, em última análise, servem, sobretudo, de apoio para uma matriz teórico-ideológica formativa.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Manual do internato. Brasília: MEC; 1984.
2. Chaves ITS, Grosseman S. O Internato Médico e Suas Perspectivas: Estudo de Caso com Educadores e Educandos. *Rev Bras Educ Med.* 2007;31(3):212-22.
3. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes curriculares nacionais do Curso de Graduação em Medicina. [on line]. Brasília, DF; 2001. [acesso em 01 jul. 2009]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>
4. Associação Brasileira de Educação Médica. Fórum de Internato: 44º Congresso Brasileiro de Educação Médica. Gramado-RS: ABEM; 2006. Relatório I.
5. Associação Brasileira de Educação Médica. Relatório II Fórum de Internato — 45º Congresso Brasileiro de Educação Médica. Uberlândia-MG: ABEM; 2007.
6. 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: MEC; 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: Pró-saúde. Brasília: MS, MEC; 2005.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: Pró-saúde. Brasília: MS, MEC; 2007.
9. Nunes ED. As contribuições de Juan César García às ciências sociais em Saúde. In: Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez; 1989. p.198-232.
10. Nunes ED, org. Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez; 1989. As contribuições de Juan César García às ciências sociais em Saúde.
11. Associação Brasileira de Educação Médica. O internato nas escolas médicas brasileiras. Rio de Janeiro: ABEM; 1982.
12. Elias PM. Residência médica no Brasil: a institucionalização da ambivalência. São Paulo; 1987. Mestrado [Dissertação] — Universidade de São Paulo.
13. Marcondes E, Mascaretti LA. O internato na graduação médica. In: Marcondes E, Gonçalves EL, orgs. Educação médica. São Paulo: Sarvier; 1998. p.149-166.
14. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457-502.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).
16. Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde: Origem e diferenças conceituais. *Rev APS.* 2009;12(2):204-13.
17. World Health Organization. World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group. An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. *Lancet.* 2009;373:2137-69.
18. Portugal. Ministério da Saúde. Secretaria Geral Iberoamericana. XI Conferência Ibero-americana de Ministros da Saúde: Inovação e Cuidados de Saúde Primários. Évora, Portugal: Ministério da Saúde; 29-30 jun. 2009. Relatório
19. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med.* 1961; 265(18):885-92.
20. Chaves MM. Saúde e sistemas. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1972.
21. Garcia JC. A articulação da medicina e da educação na estrutura social. In: Nunes ED, org. Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez; 1989. p. 189-232.
22. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana: 59ª Sessão do Comitê Regional: Metas Regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015 [on line]. Washington, EUA: OPAS; 2007. [acesso em 02 jul. 2009].

- Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-10-s.pdf>.
23. 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.
 24. Zanolli MB. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, org. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, ABEM; 2004. p. 40-61.
 25. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. A Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.
 26. Universidade Federal de São Carlos. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Medicina. Coordenação da Graduação em Medicina. Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina. São Carlos: UFSCar, 2009.
 27. Varga CRR, Almeida VC, Germano CMR, Melo DG, Chachá SGF, Souto BGA, et al. Relato de experiência: o uso de simulações no processo de ensino-aprendizagem em medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(2):291-7.
 28. Pereiral OP, Almeida TMC. A formação médica segundo uma pedagogia de resistência. *Interface Comun Saúde Educ.* 2005;9(16):69-79.
 29. Gervas J, Pérez Fernández M. Atención Primaria Fuerte: Fundamento Clínico, Epidemiológico y Social en los Países Desarrollados y en Desarrollo. *Rev Bras Epidemiol.* 2006;9(3):384-400.
 30. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. *Ann Fam Med.* 2009;7:357-63. Anderson MIP, Demarzo MMP, Rodrigues RD. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: Recomendações e Potencialidades. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2007;3:157-72.
 31. Mattos, RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos, RA, org. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio e Janeiro: IMS, UERJ; 2006.
 32. Vieira JE. O processo de aprendizagem em hospitais de ensino. In: Marins, JJN, Rego, S, Lampert, JB, Araújo, JGC, org. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, ABEM; 2004. p.113-21.
 33. Ogur B, Hirsh D, Krupat E, Bor D. The Harvard Medical School–Cambridge integrated clerkship: An innovative model of clinical education. *Acad Med.* 2007;82:397–404.
 34. Hirsh DA, Ogur B, Thibault GE, Cox M. “Continuity” as an organizing principle for clinical education reform. *N Engl J Med.* 2007;22356:858–866.
 35. Ogur B, Hirsh D. Learning Through Longitudinal Patient Care: Narratives From the Harvard Medical School–Cambridge Integrated Clerkship. *Acad Med.* 2009;84:844–50.
 36. Norris TE, Schaad DC, DeWitt D, Ogur B, Hunt DD. Members of the Consortium of Longitudinal Integrated Clerkships. Longitudinal integrated clerkships for medical students: An innovation adopted by medical schools in Australia, Canada, South Africa, and the United States. *Acad Med.* 2009;84:902–907
 37. Marins JJN. Os cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, orgs. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Hucitec, ABEM; 2004. p.98-102.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Marcelo Marcos Piva Demarzo apresentou a concepção inicial do ensaio e redigiu a primeira versão do texto, organizou as versões subsequentes, até a versão final. Débora G. Melo, Lucimar Retto da S. de Avó, Renata G. B. Kishi, Augusto Tadeu R. de Mattos, Petterson de Jesus Floriano, Guilherme A. Mello e Bruno José B. Fontanella participaram, quitativamente, na análise e interpretação da concepção inicial do ensaio, comentaram e complementaram a primeira versão do texto, e as versões subsequentes, até a final.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Marcelo Marcos Piva Demarzo
Departamento de Medicina — Campus da UFSCar
Rodovia Washington Luis (SP-310) — Km 235 — São Carlos
CEP 13565-905 — SP
E-mail: marcelokele@yahoo.com.br