

IGOR TAVARES DA SILVA CHAVES

**PERCEPÇÃO DE PROFESSORES E ESTUDANTES SOBRE
POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES DO INTERNATO MÉDICO**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2006**

IGOR TAVARES DA SILVA CHAVES

**PERCEPÇÃO DE PROFESSORES E ESTUDANTES SOBRE
POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES DO INTERNATO MÉDICO**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Coordenador do Curso: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima
Professora Orientadora: Prof^a. Dr^a. Suely Grosseman**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2006**

Chaves, Igor TS

Percepção de professores e estudantes sobre possibilidades e limitações do Internato Médico / Igor Tavares da Silva Chaves. – Florianópolis, 2006.
48 p.

Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Santa Catarina –
Curso de Graduação em Medicina.

Palavras Chaves: 1 – Internato Médico; 2 – Educação Médica; 3 – Currículo

DEDICATÓRIA

À minha família, por ser meu suporte, minha base.

Por confiar e acreditar em mim sempre.

Por ter me dado tanto carinho e amor.

*Por sacrificar-se no labor diário,
necessário ao meu sustento.*

Por sua existência.

AGRADECIMENTOS

São muitos os merecedores de meus agradecimentos, mas não consigo pensar em alguém que os mereça mais que meus pais. Agradeço-os por terem me gerado e me criado com todo amor e carinho que alguém pode ter. Foram eles que seguraram minha mão quando precisei de apoio para meus primeiros passos, dessa forma, continuaram a fazer em todos os passos seguintes. Sempre que dou mais um passo, se tropeço, se caio, sei que existe uma mão ao lado que está sempre pronta a me ajudar.

Aos meus irmãos queridos Rick – exemplo de seriedade – e Erik – querido por todos por sua simpatia – que depositaram sua confiança em mim, por seu carinho e respeito.

Aos meus irmãos daqui de Florianópolis, Luciana Paladini, Leandro Medeiros da Costa e André Massashi Sunada, amigos que foram minha família em Florianópolis, companheiros em tantas horas felizes e suporte nas horas infelizes.

Ao CALIMED, por ter sido minha escola, personificado na figura de meus queridos irmãozinhos Bruna Ballarotti, Murilo Leandro Marcos e João. A todos que compartilharam comigo momentos de luta e trabalho.

Ao movimento estudantil de medicina, que tanto me ensinou, que possibilitou a reflexão sobre os desvios sociais que enfrentamos e o engajamento na luta pela vida e na defesa do SUS. Personifico este sentimento nas pessoas de Kariny Larissa Cordini, Halana Faria e Ronaldo Zonta, meus amigos e irmãos de caminhada. Ao meu parceiro Rafael Massuda, por ter compartilhado comigo tantas vivências. Ao meu grande conselheiro Guilherme Sens, por sua paz e sabedoria. E outros também importantes: Esteban, Kleber, Luiz, Tata, Mila, Felipe Proenço, Keka, Rodrigo, Heider, Rosinha, Giliboy, Maria e tantos outros.

À minha orientadora Suely Grosseman, por sua paciência e dedicação na arte de ensinar.

Aos amigos que me deram uma força na elaboração deste trabalho: Vanessa, Valéria, Henrique, Maiara (Guabiruba), Murielke e Hugo.

Aos amigos que moraram comigo em meus tempos em Florianópolis, por passar um pouco de sua vivência: Luciano, Alicio, Leonardo, Tiago, Marcelo e Everaldo.

RESUMO

Introdução: O Internato é a etapa final da formação profissional médica. Com o movimento de transformação curricular, vários cursos de medicina estão passando por processos de reforma, merecendo especial atenção a elaboração de conhecimentos acerca desse período.

Objetivos: Conhecer a percepção de professores e estudantes engajados na discussão de educação médica sobre possibilidades e limitações do internato médico.

Métodos: A pesquisa foi qualitativa, o tipo de estudo foi o Estudo de Casos, utilizando a técnica da entrevista semi-estruturada. Foram sujeitos do estudo 6 estudantes, 8 professores e 1 médico residente engajados na discussão de educação médica.

Resultados: O modelo de Internato Médico vigente, segundo os entrevistados, é predominantemente o tradicional, baseado em rodízios pelas grandes áreas médicas. Dentre as limitações, foram apontadas: a ênfase à especialização, predomínio dos estágios no hospital, descontinuidade e falta de integração dos conhecimentos. Alguns entrevistados citaram as transformações que este modelo passou ao longo da história, levando ao surgimento de experiências de integração e de maior contato com a comunidade. Em relação ao modelo ideal, mencionou-se a necessidade de aumento do tempo em atividades práticas e da inserção dos estudantes no sistema de saúde desde o início da formação, com responsabilidade crescente, nos diversos níveis de atenção.

Conclusões: A mudança do Internato está inserida no contexto da transformação do ensino em saúde. O estudo mostrou que ainda existe um caminho a ser percorrido, que depende de alterações no currículo, incluindo a metodologia ativa de ensino-aprendizagem e o maior diálogo entre o sistema de educação superior e o sistema de saúde.

ABSTRACT

Introduction: The internship is the final stage of medical professional formation. With the movement of curricular transformation, some courses of medicine are passing for reform processes, deserving special attention the elaboration of knowledge concerning this period.

Objectives: To know the perception of professors and students engaged in the quarrel of medical education on possibilities and limitations of the medical internship.

Methods: The research was qualitative, the type of study was the Cases Study, using the technique of the semi structured interview. The subjects of the study were 6 students, 8 professors and a medical resident that were engaged in the quarrel of medical education.

Results: The model of medical internship standing, according to interviewed, is predominantly the traditional one, based in rotation by the great medical areas. Amongst limitations, they had been pointed: emphasis to specialization, predominance of the periods of training in the hospital, discontinuity and lack of integration of the knowledge. Some interviewed had cited the transformations that this model passed throughout history, leading to the appearance of experiences of integration and greater contact with the community. In relation to the ideal model, it was mentioned necessity of increase time in practical activities and insertion of the students in the health system since the beginning of the formation, with increasing responsibility, in the diverse levels of attention.

CONCLUSIONS: The change of Internship is inserted in context of education in health transformation. The study it showed that still a way exists to be covered, that depends on curricular alterations, including the active methodology of teach-learning and the biggest dialogue enters the superior education system and the health system.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
CFE	Conselho Federal de Educação
COBEM	Congresso Brasileiro de Educação Médica
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
FEPAFEM	Federação Panamericana de Faculdades/Escolas de Medicina
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FURB	Fundação Universitária da Região de Blumenau
MEC	Ministério da Educação e Cultura
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas
PSF	Programa de Saúde da Família
RM	Residência Médica
SUS	Sistema Único de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNICAMP	Universidade de Campinas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	vii
SUMÁRIO	viii
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVO	3
2.2 Objetivo Geral.....	3
2.3 Objetivos Específicos	3
3 MÉTODO	4
4 RESULTADOS	7
4.1 Perfil dos entrevistados.....	7
4.2 Percepção dos entrevistados acerca do Internato Médico.....	7
4.3 Modelo Tradicional de Internato Médico	12
4.3.1 Internato Rural	15
4.3.2 Experiências de Internato em Unidades de Saúde	17
4.3.3 Internato Eletivo	19
4.3.4 Outras experiências.....	21
4.4 Modelo de Internato Médico preconizado pelos entrevistados.....	22
4.5 Percepções dos entrevistados sobre as dificuldades de transformação do Internato Médico	32
4.6 Sugestões para superar as limitações	33
5 DISCUSSÃO	37
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
NORMAS ADOTADAS	47
APÊNDICE 1.....	48

1. INTRODUÇÃO

O internato médico foi constituído pela Resolução CFE nº 8 de outubro de 1969, a partir da qual os cursos de graduação em medicina passam a ter um período prático obrigatório com características especiais. Essa resolução derivou do parecer 506/69 do Conselho Federal de Educação¹. No entanto, desde a década de 50, já existiam programas destinados à prática pré-profissional supervisionada no 6º ano, como complemento ao conteúdo predominantemente teórico das fases anteriores, como no caso da Faculdade de Medicina da UFRJ² e da FMUSP³.

O MEC, em seu manual do internato médico⁴, define: “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”. Garcia⁵ caracteriza como fase de transição entre a condição de estudante e a de médico. Já Marcondes e Mascaretti³ preferem conceituar o internato como uma “metodologia de ensino baseada no aprendizado em serviço, obrigatório nos dois últimos semestres de graduação, podendo ocorrer em outros momentos”.

Segundo Elias⁶, a preocupação com o treinamento em serviço como prática do ensino médico surge no modelo de formação brasileiro durante a década de quarenta, quando nossos currículos passam a espelhar-se no modelo americano de formação, em contradição ao modelo europeu, embasado muito mais em conhecimentos teóricos que na prática do trabalho. No mesmo período surgem as Residências Médicas, como continuidade da etapa de treinamento em serviço.

Segundo Almeida⁷, desde a década de 50 temos efetivamente a discussão de educação médica no Brasil, sendo a dissociação entre a medicina preventiva e a curativa motivo de críticas, tanto por atores nacionais quanto por instituições internacionais, na América Latina destacam-se a OPAS, FEPAFEM e Fundações Rockefeller e Kellogs. Na década de 80 e períodos subseqüentes temos a intensificação das discussões em educação médica. No início dos anos 90, a crítica ao modelo de formação médica ganha visibilidade social, originando a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) como resposta à cobrança da sociedade. Seus resultados têm ajudado nos processos de transformação curricular existentes no país. Recentemente, estes processos intensificaram-se após o lançamento em 2001 das Diretrizes Curriculares para o Curso de Medicina, corroboradas em 2002 pelo Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas

Médicas (PROMED), lançado pelo Ministério da Saúde para implantação das novas diretrizes, contemplando vinte escolas⁸. No entanto, os processos de mudança curricular encontraram pela frente o desafio de reorganizar teoria e prática, encontrando dificuldades ao relacionar a formação com o mundo do trabalho, etapa característica do Internato Médico⁹.

Atualmente, existem diversos locais passando por processos de reforma curricular, sendo crescente o número de publicações em educação médica. Assim, experiências ricas que já vinham acontecendo em escolas de diversas partes podem ser utilizadas como referência na implantação de novos currículos. No caso específico do internato médico, podemos considerar, como exemplo, a experiência com os internatos rurais, os programas de interação com a rede básica de saúde e as experiências com os hospitais escola¹⁰.

O processo de adequação curricular na Universidade Federal de Santa Catarina, principalmente nos últimos dez anos, sofreu uma defasagem em relação ao perfil do ensino e da assistência médica preconizado. No entanto, o movimento de reforma curricular já avançava com iniciativas pontuais, como a expansão, em 1998, do período de internato médico de um ano para um ano e meio, aumentando a relação com a rede de saúde local e incluindo a rede básica de saúde no treinamento médico curricular. Em 2002 fomos escolhidos como uma das escolas médicas a receber o PROMED e, em 2003, iniciamos uma ampla reforma curricular. De acordo com o projeto, o internato passará a contar com um período de dois anos, cuja primeira turma iniciará em 2007⁹.

Grande número de escolas iniciou seu processo de adequação curricular no final da última década e início desta, portanto é crescente o número de turmas de medicina, em período de transição curricular, que estão chegando à etapa final da formação, ou seja, no internato médico, cite-se o exemplo da UFSC e das demais escolas médicas que foram escolhidas pelo Programa de Incentivo do Governo. Existe uma crescente demanda pela intensificação das discussões sobre como estruturar o período final do curso. No entanto, ainda é pequeno o número de publicações específicas sobre este tema.

Tendo em vista a necessidade de construção de conhecimentos sobre o internato médico, especialmente pelo fato da UFSC estar passando por uma reforma curricular e percebendo as possibilidades e questionamentos existentes acerca do modelo ideal para o período final da formação, são necessários trabalhos que versem sobre o tema apresentado.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral:

Conhecer a percepção de professores e estudantes engajados na discussão de educação médica sobre possibilidades e limitações do internato médico.

2.2. Objetivos específicos:

- Identificar o significado do internato médico para os professores e estudantes participantes da pesquisa;
- Identificar os modelos de internato médico que os professores e estudantes entrevistados conhecem;
- Identificar as vantagens que os entrevistados percebem destes modelos;
- Identificar as limitações que os entrevistados percebem destes modelos;
- Identificar qual a concepção destes professores e estudantes sobre o modelo de internato mais adequado à formação médica.

3. MÉTODO

O estudo que foi realizado pelo **método qualitativo, orientado por princípios da Abordagem Holístico-Ecológica**. Patrício¹¹ considera que a visão holística leva em consideração a complexidade da realidade, a complementaridade dos opostos e a diversidade das necessidades individuais e coletivas do ser humano, onde cada elemento representa o todo e está inserido em uma rede de fenômenos interligados, interdependentes e em constante interação, estabelece conexões, inter-relações e interações com o universo e o cosmos, além das consideradas no mundo natural, social e histórico. O termo ecológico refere-se à “ecologia profunda”, abordando o mundo como uma rede de fenômenos interligados e interdependentes, relacionando e enfatizando sua forma de abordagem sobre a realidade estudada.

O **tipo de estudo foi o Estudo de Casos**, utilizando a **técnica da entrevista semi-estruturada**. Esse tipo de estudo se justifica quando a proposta da pesquisa se refere à análise aprofundada de uma unidade social (sujeito, ambiente ou situação específica) e tem sido a estratégia preferida quando o foco de interesse é sobre fenômenos, que só podem ser analisados dentro de algum contexto da vida real¹².

Os **sujeitos de estudo** foram estudantes, professores e um médico residente engajados na discussão de educação médica. Para este trabalho foram entrevistados um total de 15 indivíduos, de ambos sexos, sendo 8 professores (P1 a P7 e D), 6 estudantes (E1 a E7) e 1 médico residente (R). Trata-se de uma amostra intencional, sendo estabelecido, como critério de escolha dos docentes, o reconhecimento por publicações em educação ou gestão de escola médica, no caso dos discentes, atuação em fóruns de discussão sobre o assunto. Dois sujeitos deste estudo foram escolhidos por possuírem, ainda, experiências sob um ponto de vista diferente, como forma de enriquecimento do trabalho, este foi o caso de um professor que exercia suas atividades de docência em outro país e de um médico residente. Durante o período da pesquisa os estudantes cursavam o Internato. As Escolas Médicas de origem dos entrevistados eram UFMG, UNIFESP, FAMEMA, UNICAMP, FURB, UFPR, UFPE, UFBA e UFSC.

Os participantes foram interpolados pelo pesquisador de acordo com os critérios acima mencionados, sendo 6 docentes, 4 discentes e o médico residente abordados durante o XLIII Congresso Brasileiro de Educação Médica, realizado em outubro, em Natal/RN. As demais entrevistas foram realizadas na Escola de origem do entrevistado. Todos os entrevistados foram convidados pelo pesquisador a participar deste estudo, sendo explicado os objetivos do

trabalho e aberta a possibilidade de indagações e esclarecimentos a respeito. Foi também ressaltado o comprometimento dos pesquisadores em seguir os preceitos éticos, de manter sigilo e anonimato e de só divulgar os dados após seu consentimento, constantes nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (nº196 e nº251, de 07/08/97). Em seguida, foi pedida a concordância para que a entrevista fosse gravada e, após esses procedimentos, foi perguntado ao sujeito se ele queria manter sua participação na pesquisa. Com a concordância do entrevistado, foi-lhe solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I), sendo informado que poderia retirar-se da pesquisa a qualquer momento, até a data de finalização da mesma.

A **entrevista** foi realizada pelo pesquisador utilizando-se de um aparelho gravador de áudio. Os professores e estudantes participantes da pesquisa não foram identificados, sendo utilizado, para fins de publicação, o uso de símbolos para sua diferenciação. Para os professores foi utilizado a letra maiúscula P com a numeração de 1 a 7 (P1 a P7), com exceção do professor “estrangeiro”, identificado por sua nacionalidade dinamarquesa e pela letra “D”, através da mesma lógica, os estudantes serão classificados por E1 a E6 e o médico residente pela letra R. Ressaltamos o fato de que, a identificação quanto ao país de origem de um entrevistado, não afetará o sigilo quanto à sua real identidade.

A **técnica** utilizada para coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada em profundidade guiada pelo seguinte roteiro inicial:

1. O que significa internato médico para você?
2. Fale sobre os modelos de internato médico que você conhece.
3. Em sua visão, quais as vantagens destes?
4. Quais as atuais limitações e como poderíamos superá-las?
5. Se você tivesse a oportunidade de elaborar um modelo de internato médico, como seria? Por quê?
6. Gostaria de falar algo mais?

O **tema deste trabalho** surgiu a partir de um interesse do autor e de sua orientadora em buscar novas perspectivas acerca de uma fase específica da formação, estabelecida como importante momento de acúmulo cognitivo e de habilidades, em que o estudante aproxima-se da vida profissional. Tendo em vista que os processos de reforma curricular, iniciados após o lançamento das Diretrizes Curriculares, encontram pela frente o desafio de estruturar seu Internato Médico, aumenta a necessidade de literatura atual sobre este tema.

O projeto deste estudo foi elaborado em agosto de 2005, quando foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sendo aprovado, em setembro de 2005, sob a numeração 319/05.

Após a transcrição das entrevistas, estas foram enviadas por e-mail aos respectivos entrevistados, para que pudessem ler e solicitar correções. Nenhuma alteração foi requisitada.

A **análise dos dados foi realizada pelo processo de Análise-Reflexão-Síntese**, preconizado por Patrício¹¹. A análise dos dados trata-se de sua decomposição, enquanto a síntese os integra às diversas dimensões e contextos da vida dos sujeitos. A análise e a síntese são realizadas de forma sinérgica, através da reflexão, que é uma reconsideração dos dados, associando sensibilidade e razão. Nesse processo, o autor deve esforçar-se para evitar “pré-conceitos” ou juízos pessoais (através de reflexão crítica) e aguçar sua sensibilidade, para tentar maior aproximação com a realidade dos sujeitos investigados. A análise de dados começou a partir das primeiras entrevistas em outubro de 2005 e seguiu até cerca de seis meses, meados de março de 2006, depois de finalizada a coleta dos dados. Os dados da entrevista com professor de outro país foram traduzidos do inglês para utilização nesta pesquisa, antes de proceder sua análise.

A **redação final do trabalho** foi iniciada em dezembro de 2005, sendo concluída em maio de 2006.

4. RESULTADOS

Apresentaremos, neste capítulo, um pouco sobre a percepção dos entrevistados acerca do Internato Médico, tratando de sua percepção da realidade e suas idéias sobre como se daria um modelo ideal de Internato dentro do contexto da formação médica.

4.1. Perfil dos entrevistados

Entre os docentes entrevistados, cinco deles já ocuparam ou ocupavam, no período da entrevista, o cargo de coordenadores do curso de medicina de renomadas Instituições de Ensino Médico, outros dois exerciam funções centrais na coordenação do Internato Médico de suas Escolas e um tinha experiência em Escola de outro país, exercendo, então, atividades em instituição internacional de educação médica; seis eram do sexo masculino e dois do sexo feminino. Os estudantes entrevistados estavam passando pelo Internato Médico de suas instituições, no período da entrevista. Entre estes, cinco eram do sexo masculino e um do sexo feminino. O médico residente, sexo masculino, estava em seu segundo ano de especialização.

4.2. Percepção dos entrevistados acerca do Internato Médico

As **definições** que surgiram durante as entrevistas relacionaram, quase todas, o Internato Médico, como um período, dentro da formação médica, de intenso *exercício da prática médica*, realizado ao final do curso.

Internato médico 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 e concluir seu curso com uma formação geral (...) (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)

(...) período que ele vai começar a ter mais prática que teoria e vai refletir sobre a prática. (P2)

Internato médico é a etapa do curso de Medicina que se caracteriza por aprender fazendo. (P3)

(...) aprender na prática tudo aquilo que já tivemos de carga teórica na graduação. (E2)

Por ser um treinamento em serviço, você tem o tempo todo, o incentivo da prática para buscar o aprendizado, o conhecimento. (E5)

Alguns ressaltaram a importância de *supervisão e auxílio docente*, aos discentes, durante os estágios.

(...) seria o espaço pra se praticar com uma tutoria presente, com um preceptor presente, que possa ajudar na atividade prática mesmo e discutir qualquer aprofundamento teórico em cima da prática, em cima das dúvidas que surjam na prática da clínica médica. (E3)

(...) é a parte do curso em que você tem o ensino muito mais ligado à prática e ele todo com algum tipo de tutoria, algum tipo de acompanhamento de docentes. (E4)

O médico residente definiu como um *modelo profissionalizante* em que o estudante passa por um *treinamento em serviço*. Comentou sobre a relação histórica com a Residência Médica.

O internato foi concebido como um modelo profissionalizante, para o estudante atuar em serviço. É uma modalidade de ensino que começa mais ou menos no final do século XIX, por influência da residência médica. Esta nasce nos EUA no século XVIII, como uma proposta de aprimoramento profissional. Os médicos recém-formados que queriam ter um aprimoramento poderiam ingressar em programas de residência médica e, logo que esses programas foram sistematizados, foi vista a potência que essa modalidade de ensino e treinamento em serviço tinha. (R)

O Internato foi colocado também, como um momento em que o estudante tem a oportunidade de realizar um *treinamento das áreas básicas* e discutir os problemas vivenciados no processo de formação: “(...) oportunidade que ele tem de estar fazendo as áreas básicas da especialidade médica (...) oportunidade de poder voltar e discutir isso dentro de sua própria escola.” (P4)

Um entrevistado vinculou o Internato a um período em que o estudante passa por um *processo de se “internar” no hospital*: “Para mim significa ficar, como o próprio nome já diz, internado no hospital, então é passar o maior tempo possível no hospital (...)” (E2)

Dentre as **diferenças** existentes entres os modelos de Internato, alguns reportaram-se ao seu *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)

Até o ano passado a gente tinha o Internato de apenas um ano, inclusive fora do tempo necessário determinado pelas Diretrizes Curriculares, depois de um processo do movimento estudantil de transformação, indo a reboque da reforma do curso, que propõe dois anos, a gente conseguiu para algumas turmas, o Internato de transição de dezoito meses, um ano e meio, e, dentro desse modelo, a gente roda nas cinco áreas básicas (...) (E1)

(...) tem uma duração de dois anos há muito tempo, aliás, foi o primeiro Internato de dois anos do Brasil. Atualmente a gente ampliou esse Internato para três anos, inserindo o aluno do

quarto ano na prática ambulatorial. Conheço Internatos menores, com um ano, um ano e meio. (P1)

Outros mencionaram a *ênfase à especialização*, compondo o denominado modelo tradicional, constituindo o modelo vigente: “(...) o modelo de internato ainda é o modelo tradicional, é um modelo baseado em visitas na beira de leito e em atendimento ao paciente com supervisão de docente, mas na maioria das Escolas, mesmo nas mais avançadas, é um sistema totalmente tradicionalista, (...) e nisso tem muito de especializado.” (P5)

Em relação às **críticas** ao Internato Médico, um problema citado foi que o modelo de formação tem uma *concentração hospitalar*, excluindo áreas importantes da prática médica.

(...) ainda é uma estrutura muito hospitalocêntrica. No Internato você tem uma dedicação hospitalar maciça, onde várias áreas importantes, mesmo num processo de formação de um clínico geral, não são vistas, por exemplo, o Internato da gente não compreende saúde mental, nenhum aspecto. Eu vejo pré-natal no hospital, na estrutura hospitalar, não vejo pré-natal numa comunidade ou, ainda que fosse, numa policlínica... é dentro do hospital, as coisas são focadas no hospital. (...) você tem uma dificuldade de formação e, mesmo considerando que alguém vá se formar médico generalista para atuar num hospital, ainda acho que é uma formação viciada, que tem uma série de vieses que não deveriam ser os ideais para a formação da concepção do médico generalista. (E1)

Além disso, foi comentado também que existem problemas de *financiamentos dos Hospitais Universitários* que tiveram de se adaptar de uma forma que prejudica a prática generalista.

A hora que entra no Internato, que entra no gueto dentro do hospital, 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)

Em um relato, o entrevistado afirma que a formação não é coerente com as necessidades profissionais, pelo fato de *não existir contato com a comunidade e com a atenção primária*.

(...) 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, ou algumas outras falhas de saúde coletiva acontecem e realmente ficam buracos (...) (E3)

Outra crítica foi com relação ao *rodízio por especialidades* que, algumas vezes, tem o tempo de permanência em determinada área demasiado *curto*: “A Escola vê necessidade do

aluno saber algumas coisas mais profundamente e, às vezes, o rodízio é um pouco curto, então ele não fica muito tempo em alguma área.” (P1)

Também foi citada a *descontinuidade* dos conhecimentos abordados, que são abandonados após seu período de rodízio.

Limitação, acho que fica nessa questão de você dividir os rodízios, segmentar mesmo, acho que é uma grande falha em que você fica, por exemplo, de três em três meses mudando de rodízio. Fica um conhecimento para a gente muito fragmentado. Por exemplo, ginecologia, se você pega logo no início do quinto ano, não vai ver mais, então é uma grande limitação. (E5)

Outro mencionou a *falta de integração* entre as áreas de conhecimento.

Os rodízios também não dialogam entre si, você vê, obstetrícia e ginecologia é uma coisa e saúde coletiva é outra, não têm, nem no momento que você teria a prática, as coisas conectadas. Também é uma crítica que poderia ser trabalhada num plano desse: de que forma a gente poderia interligar mais. Por que a gente vê a clínica tão dissociada da cirurgia? Por que a gente vê a clínica tão mais dissociada ainda da gestão e da epidemiologia? Por que a gente passa em gineco e obstetrícia e, muitas vezes, não tem chance de aplicar a coisa, do jeito que é passada, numa atenção básica que a gente veja, num processo de saúde coletiva? (E1)

Quanto às *atividades ambulatoriais*, foram criticadas a *falta de continuidade do acompanhamento do paciente e a falta de orientação docente*.

(...)na medicina ambulatorial, a gente acaba atendendo só pacientes desconhecidos, que a gente só vai ver uma vez na vida. (...) A crítica, no caso dos ambulatórios no hospital, é com relação à descontinuidade dos mesmos e com a falta de orientação também, porque os médicos, muitas vezes, tem que “tocar” a agenda, querem ir embora cedo e isso acaba prejudicando nosso aprendizado. (E2)

Alguns relataram que os profissionais, que estão em contato com os estudantes durante o Internato, 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, nós estamos transformando os médicos, profissionais em especialidades, em docentes, então está sendo um trabalho muito grande de se conseguir. (P7)

A grande maioria dos profissionais médicos, que atuam no hospital, não é professor, inclusive a gente sente má vontade nos estágios, (...) e uma vontade estampada de que a gente simplesmente tocasse o serviço, escrevesse no prontuário e ficasse por isso mesmo, sem a mínima evidência de ensino, de retorno para nós. (E6)

O *exercício burocrático* em detrimento às atividades de ensino, algumas vezes associado a uma *disputa com o médico residente*, e a *dependência do estudante* para o funcionamento do serviço foi alvo de críticas também.

(...) ele tem muito o que mudar, a forma atual como se dá, com relação a, muitas vezes, o estudante ser um grande preenchedor de papel. Você tenta fazer um diagnóstico, tenta fazer um tratamento em conjunto com o docente e isso acaba não acontecendo, o residente está junto com você e você acaba servindo de mão-de-obra para preencher papel. (E4)

a gente deveria se responsabilizar mais pelos pacientes, acaba ficando sempre na mão dos residentes e a gente acaba só fazendo o trabalho burocrático, que é escrever evolução, o residente passa todo dia e a gente também, então não é valorizado muito o que a gente fala e o que a gente escreve no prontuário, e tem pouca discussão de casos, às vezes só discutimos a prescrição e nada mais, quem tiver pique para estudar tem que estudar por si só. (E2)

(...) uma questão importante é a do estudante “tocar” o serviço, ou seja, depender totalmente do estudante para o serviço funcionar. Isso é uma coisa que deve ser revista, pois o serviço não pode depender exclusivamente daquele estudante e, em muitos locais, a gente vê o estudante trabalhando, passando mais de doze horas seguidas, quando eu acho que isso dificulta seu processo de aprendizado, porque, afinal, ele deve ter um tempo para chegar em casa e estudar, buscar artigos, não pode ficar o tempo todo dedicado ao serviço, também deve fazer um estudo em casa. (E5)

O **professor dinamarquês** contou que na Europa são realizadas atividades posteriores à graduação, que é de cinco a seis anos, semelhantes ao Internato Médico do Brasil, com duração entre um ano e um ano e meio, em especialidades médicas ou medicina geral. Referiu que na Dinamarca, como em alguns lugares do Brasil, são exercidas atividades em áreas rurais. O internato em seu país apresenta um ano e meio de duração, com seis meses em “medicina”, seis em cirurgia e seis em prática geral. Considera que a melhor maneira de fazer o médico entender o sistema de cuidado à saúde como um todo é através da prática geral.

Eu quero dizer, o padrão geral, em vários países da Europa, vai ser que, seguindo a graduação, depois do estudo médico, que leva uns 5 ou 6 anos, você tem um internato de um ano ou um ano e meio. Os componentes do internato vão sempre ser alguns meses em especialidades médicas, alguns meses em cirurgia ou relacionados com cirurgia. (...) em alguns países, podemos também ver que existe um período de medicina geral. Isso pode ser, ou em instituições de cuidado à saúde, ou na comunidade. (...) o sistema na Dinamarca, em alguns aspectos, é idêntico ao sistema que se tem estabelecido em alguns lugares do Brasil, com o internato sendo realizado em áreas rurais.(...) Cada novo médico, em medicina geral, em prática geral, tem criado um entendimento do local de trabalho. No meu país, nós temos um ano e meio de internato, que seriam seis meses em medicina, seis meses em cirurgia e seis meses em prática geral.(...) nós aumentamos a duração, 25 anos atrás, adicionando mais seis meses de prática geral. A idéia era que todo médico, independente do ramo com que quisesse trabalhar, deveria ter um entendimento do sistema de cuidado à saúde de maneira geral. E o melhor e mais natural jeito de fazer isso em nosso país, foi usar práticas gerais. Em outros países talvez seja através de centros de atendimento primário. Porque, apenas se você entrar em contato com prática médica geral, você terá um entendimento geral do sistema de cuidado à saúde. (D)

4.3. Modelo Tradicional de Internato Médico

O modelo tradicional foi **caracterizado** pelos entrevistados como aquele baseado em “*especialidades médicas*”, que prioriza o Internato Médico *intra-hospitalar*. Sua principal característica é os *rodízios pelas grandes áreas médicas*: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia.

A minha escola é uma escola tradicional, ela ainda prioriza muito as especialidades e as subespecialidades durante o internato, existe um período num hospital de duzentos leitos, mas é um período muito curto (...) (P6)

(...) eu conheço mais o modelo tradicional de dividir o internato em rodízios das grandes especialidades médicas: Cirurgia, Clínica Médica, Gineco-Obstetrícia, Pediatria e Medicina Social; e o estudante rodar por estes rodízios. (E5)

(...) o modelo que eu conheço é justamente o modelo de rodízio, em que você passa no mesmo período de tempo em todas as especialidades, as especialidades gerais médicas, e aí variam entre ginecologia, cirurgia, clínica médica, pediatria e medicina social. (E4)

A *especialização*, dentro da graduação, foi citada como fator que corrobora a classificação do modelo de formação como tradicional. Também é feita essa associação com a permanência nos *hospitais terciários*.

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. Por exemplo: na clínica médica ele vai para a cardiologia, se não for para a hemodinâmica. (...) essa prática, que ainda existe no interior de muitas das escolas médicas no momento, desvirtua a concepção da formação básica que se deseja dar ao aluno de medicina. (...) Em outros modelos mais tradicionais o aluno fica no hospital o tempo todo, não sai para a atenção básica e tem pouco de atenção secundária, isso acontece em algumas escolas com hospital de ensino em que o mesmo é terciário. (P6)

Um dos entrevistados resgatou as **origens** desse modelo e suas diversas transformações. Citou a influência do *positivismo* e da *reforma universitária* sobre o *modelo departamental e hospitalocêntrico* adotado.

Com a reforma universitária, a idéia do positivismo toma conta da reforma acadêmica, inspirada no modelo departamental americano. Essas experiências todas acabam sendo cambiadas em troca de uma medicina mais científica, que tem uma concentração bem maior no ensino hospitalar, concorrendo também com uma hospitalização do ensino. (P3)

Resgatou ainda, a origem da *divisão por especialidades*, do *modelo rotativo* e do *eletivo*.

Existe o internato por especialidades, que se caracterizava, no final da reforma flexneriana, pela identificação de três especialidades dominantes, no caso, clínica médica, cirúrgica e materno-infantil, posteriormente, já na década de quarenta e cinquenta, com o surgimento da pediatria, o materno-infantil se desdobra em Internato de pediatria e há uma separação em materno e infantil. (...) O Internato por especialidades é uma evolução do antigo internato optativo, que antes, começava optativamente em uma destas especialidades, então o indivíduo tinha estas quatro especialidades e escolhia uma delas que queria acompanhar. Esse fato leva a uma especialização precoce e com isso começa a haver problemas, a partir, mais ou menos, do final da década de quarenta, então se opta pelo internato rotativo em especialidades, o indivíduo não podia mais fazer opção por um internato só e teria que passar pelas quatro etapas de especialidades, pelas quatro especialidades. (...) Algumas Universidades deixaram ainda uma parte deste Internato como forma optativa, então surge um outro tipo de Internato, o Internato obrigatório, com uma etapa optativa, onde o aluno podia então repetir a especialidade que ele queria ao final do período. (P3)

Também lembrou da **normatização** do Internato Médico que, dentre outros, estabeleceu o tempo mínimo de um ano.

Este período, no Brasil, começa a ter um certo disciplinamento com a primeira legislação de internato, que é da década de setenta, se não me engano, que passa a disciplinar obrigatoriamente um ano de Internato, que também isso era variado, em alguns cursos, até a lei, era seis meses, em outros um ano, então a lei vem sedimentar um ano de internato com essas características, (...) (P3)

Segundo o relato, com o passar do tempo, surgem **iniciativas** que sugerem mudanças sobre o modelo de rodízios, de forma a *integrar* o conhecimento das grandes áreas. O mesmo entrevistado caracterizou a evolução até esse processo, da seguinte forma:

Aí o currículo e o modelo de Internato que a gente conhece sofrem uma crítica, tendo em vista que o aluno tinha pediatria, depois não via mais nada de pediatria, começava a não haver uma integração, então surge a idéia de se olhar mais como um todo, porque o todo é a soma das partes, começam a surgir movimentos, na década de oitenta, de algumas tentativas de integração do Internato, e essas tentativas de integração passam a chamar Internato Integrado. Essa palavra “integrado”, no começo, servia para denominar uma integração, como acontece nos Estados Unidos e em outros lugares, serve para fazer uma denominação da integração entre essas quatro áreas do Internato, quer dizer, não deveria haver uma parcialidade de fragmentação do modelo, mas deveria ser mais integrado. (P3)

Dois exemplos citados por este entrevistado são: a *integração intra-hospitalar*, através de plantões nas grandes áreas, independente do rodízio, durante todo o período de Internato ou alternância das áreas no decorrer do dia; e a *integração por temas*, em que o conteúdo programático independe do rodízio pelo qual o estudante está passando.

Existem algumas experiências desse tipo, tipo o internato hospitalar, que de manhã o aluno ficava na clínica médica, pela tarde na ginecologia, depois invertiam, e um dos exemplos foi quando nós começamos a mudar aqui, onde isso passa a vigorar nos plantões, a gente acaba colocando os plantões durante todo o período de Internato, passando um sentido de internato integral, e os plantões passam a ser durante o ano de Internato e nas diversas áreas, deixando de ser como antigamente, que quando o aluno estava na pediatria fazia plantão na pediatria, quando estava na gineco fazia plantão na gineco, nunca mais fazia na pediatria, e depois na clinica nunca mais faziam nem na pediatria nem na gineco e assim sucessivamente. A tentativa foi de correção de que os alunos depois que se passava o ano, fazia um ano que não viam pediatria e perdiam conteúdo, etc. A idéia inicial foi essa como alternativa de integração, mas ainda a nível hospitalar, foi a tentativa de se marchar para o Internato Integrado. Acontece essa tentativa aqui, no caso, de integração por plantões, em outros locais, integração por temas, onde passa a haver uma programação única de internato que é comum aos vários alunos e não mais pediatria, ginecologia, no caso, passa a haver a tentativa de integração dessa maneira. (P3)

Comentou, ainda, que um dos entraves para a implantação dos modelos integrados é a organização dos hospitais de ensino em clínicas de especialidades: “(...) há uma tentativa então de se trabalhar essa integração, que encontra uma barreira muito grande, no nosso meio, pelas condições dos hospitais, porque os hospitais passaram a se organizar também por clínicas de especialidades.” (P3)

Relatou que uma solução para este dilema foi o estabelecimento de parte do Internato em hospitais secundários, que não apresentam a divisão por especialidades restritas, favorecendo um olhar mais perto da demanda epidemiológica, em nível de média complexidade, por parte dos internos.

Mais modernamente esse internato tem tido algum sucesso em alguns centros com a introdução do chamado hospital secundário. Os internatos hospitalares integrados, quando em hospital secundário, não tem mais clínicas especialistas restritas, quer dizer, não há mais leitos reservados para determinadas clínicas, o aluno, ao se inserir no serviço, se insere do ponto de vista de estar mais perto da demanda epidemiológica, por internação a nível do grau de média complexidade e, aparentemente, há relatórios afirmando que este tipo de hospitais são mais interessantes para a aprovação dos internos. (...) Começa na USP, hoje em dia está na moda, na UNICAMP tem, a UNIFEST tem, e muitos estão partindo para essa questão de hospitais secundários como modelo ideal para a possibilidade do Internato Hospitalar Integrado. (P3)

Ainda em seu resgate, falou que existiu uma pressão, por parte dos serviços, para uma mudança do modelo hospitalocêntrico, preconizando um modelo que preparasse o indivíduo para *trabalhar nos diversos níveis de atenção*.

Começa a haver por parte dos serviços uma pressão na tentativa de mudança da Escola Médica e é claro, o Internato, como momento de aprender fazendo, enquanto o modelo era hospitalocêntrico, preparava as pessoas para trabalhar em hospitais, quando começa a importância do modelo para a atenção, os Internatos começam a ser impactados para saírem de uma questão rotativa hospitalocêntrica para uma questão de preparar os indivíduos a trabalhar nos diversos níveis de atenção. (P3)

Sobre a **vantagem** em ter o Internato nos três níveis de atenção, um entrevistado afirmou que isso *possibilita que o estudante acompanhe os pacientes na referência e contra-referência* e tenha uma *visão integrada* do Sistema Único de Saúde.

As escolas que estão conseguindo colocar realmente no internato os três níveis de atenção, como é preconizado, têm uma grande vantagem que é a visão, neste momento, em que o aluno está quase formando, do Sistema Único de Saúde, quer dizer, ele vai atuar então nos três níveis se esse internato for bem articulado e alguns o são, ele pode até ter um período de acompanhar os doentes na referência e contra-referência quando tiver. Então tem uma formação, sem dúvida nenhuma, com mais vantagens e com uma visão integrada do sistema. (P6)

Na busca de um modelo ideal de Internato Médico, foram descritas várias **experiências** que acontecem durante uma fase do modelo tradicional.

Tem alguns modelos interessantes de você inserir o estudante na atenção básica e na média complexidade e, principalmente na atenção básica, não separar muito por rodízios. O estudante estando naquela vivência, em um grande período/ano na atenção básica, estaria vendo, a depender da instrução do tutor, um pouco mais o paciente mesmo, uma grávida, uma gestante, a criança, o idoso. Então isso estaria conseguindo passar por todos os conhecimentos das cinco grandes áreas, não necessariamente segmentando, mas vendo qual é a idéia da formação do médico generalista. (E5)

Iniciativas como a da UFBA que, conforme outro entrevistado, entre os rodízios nas áreas mencionadas anteriormente, incluiu-se o *estágio em Medicina Social*.

Na Federal da Bahia são dois anos de Internato e é dividido da seguinte forma: no quinto ano existem cinco rodízios, com dez semanas em cada rodízio, os quais são clínica médica, cirurgia, pediatria, ginecologia-obstetrícia e medicina social; no sexto ano a gente retira medicina social, que só é vista no quinto ano, (...) (E5)

Algumas destas experiências foram melhor detalhadas pelos entrevistados, dentre estas podemos citar o *Internato Rural*, o *Internato Eletivo* e o *Internato em Unidades de Saúde*.

4.3.1. Internato Rural

O Internato Rural é 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, com a “realidade à sua frente”, segundo um dos entrevistados.

Em 1974, foi feita uma reforma curricular que introduziu uma revolução na educação médica brasileira (...) o mergulho do aluno no serviço de saúde. (...) O aluno mora três meses numa cidade e trabalha dentro do serviço municipal de saúde, com todos os problemas e com toda a realidade à sua frente. (P4)

E tem uma experiência interessante que eu conheci um pouco mais perto que foi a experiência da UFPB de Internato Rural, que hoje eu não sei como funciona, mas há uns três anos atrás o pessoal se deslocava pra comunidades rurais e passava um tempo lá e essa era uma parte obrigatória do próprio trabalho do Internato deles. (E1)

Suas **origens**, de acordo com um dos entrevistados, remonta à tentativa de *interiorização profissional*, preconizada pelo Projeto Rondon na década de 70 e vista como estratégia interessante em Minas Gerais, onde surgem as primeiras iniciativas.

No final da década de setenta surge, em Minas Gerais, o Internato Rural. No bojo disso surge também a idéia do projeto Rondon, que surge mais ou menos na década de setenta e passa a se firmar em Minas Gerais, que entendem aquilo como algo interessante: a interiorização de quadros; e passa a preconizar o Internato Rural. (...) Começa com essa questão do pessoal sistematizar as experiências dos projetos Rondon, através da interiorização em Minas Gerais, principalmente na região do Vale do Jequitinhonha, aquela região mais pobre. (P3)

De acordo com ele, o Internato Rural serviu de amparo para as **idéias** de um *Internato em Saúde Coletiva*, modelo em que os estudantes passam um período em Unidades Básicas de Saúde: “(...) nesse grupo há uma evolução depois que vai desencadear, na década de noventa, as idéias de um internato em saúde coletiva.” (P3)

Essa modalidade de Internato foi colocada como uma **oportunidade** do estudante *vivenciar o trabalho junto à uma equipe de saúde, dentro de um sistema municipal de saúde, e discutir isso com seu docente.*

(...) é uma oportunidade insuperável desse estudante estar lá ainda, enquanto estudante, podendo discutir com seu docente que o visita de quinze em quinze dias, dentro de um sistema municipal de saúde que tem médico, tem uma equipe de saúde, que têm enfermeiros, que têm agentes, que têm auxiliares, todos podendo ver o funcionamento real com o qual ele vai se defrontar dentro de poucos meses, quando ele se formar, então aí já como profissional. (P4)

Um outro entrevistado afirmou ser uma **formação interessante** porque coloca o aluno *em contato com a comunidade e não enfatiza a especialização.*

O Internato Rural, por exemplo, que é bastante antigo, dá ao aluno uma formação interessante, de vivência, de integração, porque ele fica na comunidade e tem uma outra visão não tão especializada, mas que é interessante, além disso, não fica apenas na área rural, ele tem uma complementação. (P1)

E outro mencionou a *aproximação do estudante com a realidade epidemiológica e sócio-cultural* do indivíduo: “O Internato Rural leva as pessoas para perto da realidade epidemiológica do indivíduo, da realidade social que está inserido e você tem um entendimento claro sobre como o processo sócio-cultural influencia nas questões da humanidade.” (P3)

Apesar de ter demonstrado **preocupação** quanto à *ausência de supervisão docente* durante o estágio, em virtude dos possíveis *impactos psicológicos* vivenciados durante o período, P1 mencionou que os relatos que tem sobre esta experiência consideram a *supervisão suficiente* para afastar tais problemas.

No caso do Internato Rural eu não tenho crítica, não conheço muito, tenho apenas um pouco de receio de deixar o aluno sozinho em situações, às vezes, de muito estresse, quando o Internato não tem a supervisão que deveria ter. Ele fica sozinho numa área que demanda dele uma habilidade que não tem ainda e, por isso, ele deve passar por um estresse desnecessário. (...) No entanto, as escolas, que possuem um Internato Rural há muito tempo, possuem uma supervisão adequada, pelo menos quando interoguei sobre isso, a resposta que obtive foi a de que a supervisão existe e que contempla essa necessidade do aluno.

4.3.2. Experiências de Internato em Unidades de Saúde

Algumas instituições, segundo os entrevistados, realizam uma parte de seu Internato junto à rede de atenção básica à saúde, algumas vezes em equipes de PSF, junto às Unidades de Saúde.

(...) nós fazemos, na quarta série, um externato. Atualmente, desde a primeira série, eles acompanham equipes de PSF, mas, na quarta série, eles têm uma atividade em que passam meio período no posto, nas unidades básicas, seis semanas na saúde do adulto, na saúde da criança e na saúde da mulher com os profissionais da rede, sob supervisão da instituição. (P5)

Tiramos o aluno do hospital em algumas fases (...), e foi pra rede, que antes não ia, só ia na pediatria e hoje ele tem ido na clínica e DST. (...) no quarto ano, quando ampliamos esse atendimento, onde o estudante fica um ano inteiro no Centro de Saúde fazendo clínica geral, pediatria e gineco-obstetrícia. (P1)

(...) 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)

Entre as **vantagens**, relatou-se o fato de que *prepara para o trabalho na comunidade*: “Eu acho que isso dá uma boa noção, pois vem ao encontro com o 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.” (P7)

Outra vantagem comentada foi o *estabelecimento de vínculo e a responsabilização* com o paciente.

(...) o único estágio em que a gente tem uma medicina ambulatorial que funciona, que tem essa oportunidade, é nos postos de saúde. Nos postos de saúde a gente atende pacientes que retornam pra ti e a gente acaba se responsabilizando mais pelo mesmo, o que não é proporcionado no Internato Médico dentro do hospital, neste a gente não se responsabiliza tanto pelo paciente, então a gente acaba sempre estudando menos e deixando que os outros façam as coisas, já no posto de saúde, a gente era bem orientado, se responsabilizava pelos pacientes e a gente que tinha que correr atrás do melhor tratamento e do diagnóstico, discutir com o médico e não receber tudo de mão beijada, então para o aprendizado era muito mais favorável essa forma como é feita no posto de saúde, acompanhando sempre o mesmo paciente e que a gente vai se identificando com ele. (E2)

Um entrevistado ressaltou a *formação “mais aberta”* que os médicos dos postos de saúde possuem e que, nestes locais, há uma *“quebrada” do modelo biomédico*.

(...) na décima (fase), a gente levava para os postos de saúde e lá nós temos médicos com uma preparação mais aberta, quase todos, com Residência em Saúde Familiar e Comunitária e, além disso, o pessoal pratica acupuntura, faz homeopatia, faz fitoterapia, então tem que dar uma quebrada no modelo biomédico, porque eu acho que era isso que estava faltando, a história do modelo biomédico. (P2)

E lembrou que, antes das experiências atuais, em alguns locais, já se realizavam **experiências pontuais** em Saúde Coletiva.

(...) houve algumas experiências pontuais, em algumas Universidades, que adotaram também um Internato em saúde coletiva, (...) A Federal de Santa Catarina adota, finais da década de sessenta, até a década de setenta, uma parte do Internato Médico, obrigatoriamente, em saúde coletiva, aquilo que posteriormente veio a ser denominado atenção primária e que, naquela época, chamava-se saúde coletiva. (P2)

A iniciativa de introduzir o estudante na rede de saúde acarretou, segundo o relato abaixo, **dificuldades** de *relacionamento entre Escolas Médicas e Serviços Públicos de Saúde*.

(...) uma das limitações que a gente vive hoje é a relação das Instituições Formadoras com os Serviços Públicos de Saúde. Esse, no meu entendimento, é o grande limitante, tanto da atenção básica, quanto dos cuidados secundários e dos hospitais. Um problema sério é como o aluno, principalmente o da escola pública, vai se inserir nos serviços públicos de saúde para realização de seus estágios. 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. (P4)

Foi relatada ainda, a preocupação com relação à *orientação que o estudante recebe*, sendo a inserção do estudante em equipes do Programa de Saúde da Família criticada pela falta de qualificação do profissional médico, responsável pela orientação dos discentes, como médico de família, segundo alguns entrevistados.

Outra coisa é que as vezes eu tenho um profissional que começou a trabalhar no programa de saúde da família porque ele ainda não conseguiu fazer uma residência, que o que ele queria era fazer uma residência, então o pessoal que esta atuando lá não tem ainda uma formação adequada para atender a todo mundo e ainda sim esta tocando um programa de saúde no município e isso é um problema. (P7)

Dos Internatos outros que conheço, o que tem me assustado um pouco são algumas propostas em que o aluno fica seis meses dentro do Saúde da Família. Eu me assusto porque 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, então seis meses é um tempo muito grande, acho isso um risco de superficializar o ensino dentro do Internato. (...) nossas equipes de Saúde da Família ainda não estão formadas para o aluno ter uma visão interessante de clínica integrada, de cirurgia, de pediatria. Acho que Saúde da Família ainda está engatinhando. (P1)

De acordo com um relato, o médico de família deve ter uma qualificação que ainda não existe nos profissionais que exercem tal função, a hipótese levantada é a ausência de professores capazes de formar adequadamente estes profissionais, que devem possuir um conhecimento clínico ampliado, realizar pequenas cirurgias e saber abordar problemas sociais dos pacientes.

Entendo que Médico de Família é aquele que atende bem a criança, o adulto, a gestante e o velho. Acredito que é muito difícil ter esse médico porque ainda não temos professores para formá-lo. O médico de família deveria estar fazendo pequenas cirurgias, deveria conhecer todas as clínicas e estar sabendo integrá-las e, mais que tudo isso, é saber trabalhar o contexto social do paciente numa abordagem geral. Acho que não está se conseguindo fazer isso, as equipes estão deficientes, os projetos terapêuticos não estão funcionando. (P1)

Aventando a **possibilidade** de experiências em equipes de saúde da família, desde que feito de modo crítico e com supervisão docente.

Minha crítica é muito em cima da formação, a hora que as equipes se estruturarem melhor, nós podemos pensar em pôr o aluno, agora, eu colocaria o Interno na equipe de saúde da família porque ele já passou por um esquema de formação que lhe dá crítica, até para estar dentro da equipe e estar criticando o modelo, o atendimento. Acho que ele já tem uma formação prévia aquém da formação profissional, agora, pôr um aluno lá sem supervisão nenhuma, eu sou contra sempre, acho que a escola tem a obrigação de ser responsável pela formação dele. (P1)

4.3.3. Internato Eletivo

Em alguns locais, as Escolas adotam um período, durante o Internato Médico, em que o estudante é livre para escolher um estágio que queira fazer, dentro ou fora de seu local de origem.

(...) na Estadual, a gente tem um ano e meio também, mas com um espaço que te dá a chance de estar rodando em alguma área específica que você queira, que você deseje. (E1)

(...) e três meses de eletivo que acontecem no último semestre, ou nos três primeiros, ou nos três últimos anos. (...) que pode ser feito em qualquer Universidade, tanto do Brasil, quanto no Exterior, só que fica a cargo do aluno mesmo fazer toda a articulação com a Universidade que vai receber e depois retornar pra sua Universidade de base, trazendo algum relatório. (E3)

Dos Internatos outros que conheço, (...) também existem alguns que liberam o aluno para fora. (P1)

Uma **vantagem** comentada foi a de *conhecer melhor uma especialidade* que o estudante possa querer exercer em seu futuro profissional, além de poder *observar serviços diferentes* daqueles ofertados pela Escola de origem.

(...) é importante porque você pode conhecer, aprofundar um pouquinho mais a parte onde você pensa em fazer a sua especialidade ou aprofundar alguma coisa que você queira seguir dentro do curso médico, dá a oportunidade de você conhecer serviços diferentes, onde essa especialidade é um pouco mais forte ou onde você se encaixa mais. (E3)

Acho que quando você tem oportunidade de fazer um período optativo, você pode tanto aprofundar-se em uma área que você tem mais interesse como você pode também, através de um estágio optativo em alguma outra cidade ou serviço, conhecer uma outra realidade que você não teve acesso durante o curso. Além disso, é possível fazer um período num serviço que você acha q é importante pra sua formação, mas que você nunca mais vai passar por ele. (R)

Quanto às **desvantagens**, foi relatado que, algumas vezes, ocorre um *abandono por parte das Escolas de origem* durante o período eletivo.

(...) algumas escolas abandonam seus alunos, que vão procurar seus internatos onde quiserem, nos hospitais que arrumarem, a maior parte desses casos são escolas privadas, o aluno continua pagando pra escola e tem que arrumar o seu curso fora de lá, então é um duplo pagamento pelo aluno, ele tem de buscar o internato. (P4)

(...) esses estágios são meio largados, a gente se vira como pode, acaba indo para alguns lugares, às vezes sem vínculo com a Universidade e acaba se perdendo a experiência que você tem fora do seu lugar de origem, que deveria ter dissipada, disseminada dentro da Universidade. (E3)

Não gosto muito de comentar porque acho meio complicado você ter muito eletivo no Internato, onde o aluno tem que ficar procurando um lugar para fazer, a responsabilidade deve ser da Escola, de colocá-lo complementando um conteúdo que ele acha que é importante para

a formação geral do médico, não deixar o aluno escolhendo a especialidade que ele quer, o hospital que ele quer, ficar caçando o estágio aí fora. (...) Acho que as Escolas fazem isso para liberar o aluno mesmo. (...) A responsabilidade pela formação é da Escola, não pode ser do próprio aluno apenas. O aluno deve buscar outras coisas além do que a Escola lhe oferece, mas a formação toda deve ser dada pela Escola. (P1)

Um entrevistado acredita também que o Internato Eletivo favorece a especialização precoce, que avalia como inadequada.

Quando você promove eletivas, opcionais que ele pode estar escolhendo e saindo para fora de sua Escola, tendenciosamente, ele vai escolher uma especialidade que deseja fazer e, com certeza, vai ser em detrimento de outra. Como defendo a formação geral, acho que ele deve passar em todos sem opcionais grandes em uma especialidade apenas. Quando fiz meu Internato existia essa opcional, mas dentro da Escola, a gente fazia doze semanas e o que acontecia era que cada um escolhia já onde ia ser a sua Residência, já ficava lá um tempo antes, com isso, você já ficava conhecido dentro do Departamento, tinha mais facilidade para entrar na Residência, e o aluno, às vezes, não sabe ainda o que vai fazer até passar em todas as clínicas. Então sou totalmente contra essa especialização precoce. (P1)

Foi **sugerido** que se criasse *vínculos entre as Universidades* para possibilitar a existência do período eletivo.

seria interessante que esses vínculos entre as Universidades pudessem ser criados, porque a gente vê muitas pessoas querendo fazer uma parte do seu Internato fora, para conhecer outras realidades, para aprofundar os seus conhecimentos e, como a gente tem uma diversidade muito grande dentro do próprio Brasil, entre as Universidades, eu acredito que seria uma oportunidade bem interessante a de criar esses vínculos entre as Universidades. (E3)

4.3.4. Outras experiências

Foram descritas também **iniciativas pontuais** para aperfeiçoar a formação do médico generalista, algumas dessas experiências envolviam *estágios em hospitais de baixa complexidade* com atividades supervisionadas.

Outros internatos, na realidade, os alunos fazem essa prática em hospitais, às vezes nem de nível universitário, 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, mas esses eu acho que, no momento, ainda são poucos no cenário nacional. (P6)

Um entrevistado falou sobre a iniciativa de estabelecer uma etapa do Internato em *hospital secundário* de uma cidade vizinha, sendo oferecido acomodações e transporte aos internos, no entanto, houve resistência discente em aceitar a iniciativa, sendo alegado,

segundo o entrevistado, que isso inviabilizaria a frequência em cursinhos preparatórios para as provas de Residência Médica.

Nesse momento, a gente tenta fazer um estágio num hospital secundário, que é setenta quilômetros de Marília, mas que a instituição oferece tudo: alojamento, leva, traz eles de volta, dá comida, dá cama para eles, tudo lá dentro do programa, mas os estudantes não estão aceitando, e era fundamental, porque eram estudantes do sexto ano, onde seria uma grande vivência porque não teria residente, seriam eles durante o dia com o preceptor e, depois disso, ficariam com o plantonista do hospital. (P5)

Em outro relato comentou-se a existência de um modelo em que o *Internato se dá apenas em áreas específicas* da atuação médica.

(...) sei que existem alguns modelos norte-americanos que não priorizam tanto nem a ginecologia, nem a cirurgia, que passariam menos tempo em ginecologia e cirurgia, passando mais por clínica médica, pediatria e medicina social. E4

Outro mencionou a criação de um *ambulatório de DST* e a *ampliação do tempo do estudante na emergência*, como forma de correção de distorções e ênfase no que considerou importante para a formação médica.

Criamos um ambulatório de DST, porque a porta de entrada era toda distorcida, quando dentro do hospital o estudante já entrava em contato direto com as especialidades. (...) Ampliamos o tempo em atividade na emergência, que acho que é uma fase importante do Internato, para mais que o dobro do tempo que se fazia anteriormente. (P1)

Este mesmo entrevistado citou também a criação de “um *módulo de gestão e planejamento*” do Internato Médico.

Um entrevistado citou um estágio em período eletivo, como exemplo de como poderia ser trabalhado um período do Internato. Comentou que foi uma *tentativa de vivenciar de forma crítica um espaço de atenção básica e seus processos de trabalho*.

(...) a tentativa foi um pouco problematizar a questão, muito mais do que apenas vivenciar acriticamente um processo apenas de saúde da família, era entender e vivenciar um espaço de atenção básica maior e problematizar a respeito dos processos de trabalho, a respeito da educação permanente, tentar entender um pouco como se dão essas relações para a formação daquelas pessoas e para a minha própria formação. Então foi um espaço de vivenciar Unidades que tinham Residência de Medicina de Família e Comunidade, que tinham Internato e acadêmicos pelo serviço. Eu acho que foi uma experiência interessante nessa perspectiva de ampliar um pouco a visão e a construção de elementos, já que você tem todo esse acúmulo desvinculado processualmente de carga teórica e é um espaço para a prática e que, mesmo essa prática, muitas vezes é desvinculada de um contexto onde você vai estar trabalhando, por exemplo. (E1)

4.4. Modelo de Internato Médico preconizado pelos entrevistados

Quanto aos **rumos e objetivos que devem ser almeçados** alguns citaram as *Diretrizes Curriculares*: “eu acho que o modelo está lá, nas Diretrizes (Curriculares). E elas pressupõem, na realidade, que todos estejam comigo, que as escolas tenham esta vontade e possibilidade, (...)”. (P6)

Outros acreditam ser a *ruptura do modelo biomédico*: “a novidade teria que ser caminhando rumo a ruptura do modelo biomédico, essa coisa só da patologia, essa coisa só voltada pro hospital”. (P2)

Para este entrevistado o modelo se resumiria no seguinte formato:

(...) Universidade pública, enfoque em saúde, trabalho com ciências sociais desde o começo, para tu 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. (P2)

Um entrevistado citou que a formação devia *garantir que o médico pudesse atender com ética, dentro de um modelo biopsicosocial, em unidades de saúde ou plantões de urgência* e que possa trabalhar em um programa de saúde da família.

(...) garantir que a hora que ele sai da escola, possa trabalhar no programa de saúde da família, possa ficar na porta de um hospital e atender, com ética, dentro de um modelo biopsicosocial, não só biologicista. Eu acho que é essa a fundamental, porque se amanhã ele for trabalhar numa unidade básica de saúde ou num plantão de urgência ele vai dar conta disso.” (P4)

Quanto ao **tempo de duração** do Internato Médico, grande parte dos entrevistados mencionou a questão de seu *aumento para mais de dois anos* como um fator importante na busca do modelo ideal. Um deles citou: “uma primeira grande mudança seria a questão do aumento do tempo, sem dúvida, dois anos é pouco” (E1).

Uns acreditam em um modelo que fosse *permeando todo o curso*: “Eu acho que mesmo os dois anos pretendidos é pouco tempo, talvez se esse tempo fosse permeando o curso, a coisa ficasse melhor.” (E1). Dessa forma, tornaria-se um *espaço maior de prática supervisionada*, afirmando que as habilidades e atitudes, que compõem o perfil profissional, devem ser *trabalhadas desde o início do curso*.

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. Queremos manter um regime, um trabalho. Mesmo que eu tenha interdisciplinaridade, mas não me preocupe com a questão básica que é o perfil do profissional e as competências, não resolve, elas têm que ser trabalhadas desde o início em todas as atividades. Porque é um tempo longo, que a gente recebe um aluno que ainda precisa ser formado como cidadão, continuar uma formação que vem vindo de muito tempo, mas tudo isso é a questão de um novo currículo. (P6)

Houve ainda quem referisse ter *dúvidas sobre a viabilidade* de um modelo de Internato que superasse dois anos e meio: “Pensando na questão tempo, eu acho que teria que aumentar, não sei se para mais de dois anos e meio, porque a viabilidade seria questionável.” (E3)

Quanto à **estruturação**, alguns entrevistados acreditam que o estudante deve ter um ganho progressivo de autonomia e responsabilização em suas atividades na rede de saúde.

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

Outros referiram que deveria existir um *eixo de prática progressivo e integrado ao serviço*.

(...) teria um eixo nos currículos, um eixo de prática que tem um crescendo, começa no primeiro ano, tem esta integração com o serviço, e nessa “crescendo” não é só de tempo, é evidente que o tempo dedicado a isso tem de crescer até ele chegar ao internato. E eu digo progressivo, porque deve começar com atenção básica e fazer este tipo de progressão e no internato ele volta para tudo isso. (P6)

Um entrevistado mencionou: “o ideal é que o Sistema de Saúde fosse hierarquizado no local onde a Escola se localiza e o aluno pudesse acompanhar todo esse Sistema de Saúde”.(P4) Outro sugeriu que a inserção se desse “por níveis de atenção”, com *atuação no distrito sanitário, trabalhando promoção à saúde e dedicação às famílias até o quarto ano*.

Iria trabalhar também a questão dos níveis de atenção, até o quarto ano seu palco de atuação é o distrito sanitário, aquela mesma região, ou seja, as Unidades de Saúde, as creches, os conselhos, etc. Trabalhando promoção à saúde e dedicação às famílias. Depois do quarto ano ele começa a trabalhar o cuidado à saúde no Posto de Saúde, durante a formação ele tem um cuidado progressivo (P3)

Um deles tinha a opinião de que o estudante devia “ver a medicina o mais precocemente possível, para depois poder ir para o hospital, quando está com visão crítica”. (P2)

Em um relato, o entrevistado ressaltou que a utilização de metodologias ativas de ensino aprendizagem seria uma forma de trazer a prática para o dia-a-dia do aluno *desde o início do curso*.

(...) desde Hipócrates, aprende-se através de um médico que resolve ensinar o que sabe fazer, hoje nós sabemos que os modelos ativos de aprendizagem, como é o caso do Internato Médico, são muito mais efetivos no sentido de se adquirir competências, então aumenta-se o Internato por se achar que o fato de não se aprender com a parte teórica pode ser resolvido com o aprendizado sobre a prática, assim o tempo de Internato é ampliado, na verdade o que se queria era aumentar o tempo de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que, sem se saber, eram empregadas no Internato, baseado na solução de problemas. (...) 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 de Internato, vamos fazer um curso com seis anos de Internato, vamos fazer cursos 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. (P3)

Para ele, caso isso ocorresse, o próprio Internato, tal como é hoje, deixaria de ser necessário. Defendeu a sua teoria com base nos problemas decorrentes do mesmo, dentre eles, destacou os processos de avaliação.

Meu ponto de vista, hoje, é que não deve existir Internato, porque tornou-se uma barreira dentro do curso de graduação em medicina.(...) precisamos parar de chamar de Internato o aprender fazendo, utilizar a metodologia do Internato durante seis anos e integrar o curso durante seis anos sem nome.(...) Acho que a Escola deve evoluir com a metodologia ativa de aprendizagem integrada desde o primeiro ano, sem se preocupar se aquilo se chama Internato ou não, porque isso trouxe problemas, no Internato não havia mais avaliação, no básico havia excesso de avaliação, no Internato ausência de avaliação praticamente, então os modelos eram todos distorcidos e desintegrados. 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)

Foi sugerido, em um relato, que, no quarto ano, o estudante assumisse atividades de atendimento supervisionado.

Eu acho que essa inserção, as atividades que ele desenvolve, tem que ser progressiva, que a partir da quarta série, necessariamente, ele precisa começar a trabalhar no atendimento, mesmo que supervisionado, e pode trabalhar na rede supervisionado por seus profissionais ou, claro, por supervisão da instituição. (P5)

Para o quinto ano, foi sugerido o *atendimento em Unidade de Saúde e atividades em atenção secundária e terciária*. O estudante acompanharia o paciente até o especialista, caso o mesmo fosse referenciado. Outra sugestão foi o acompanhamento “mais de perto” pelo interno, através de uma agenda ambulatorial própria.

No quinto ano você tem a responsabilidade do atendimento, basicamente da Unidade de Saúde, e servindo de espelho para os estudantes dos períodos anteriores do curso. No quinto ano também tem atividades na atenção secundária e terciária. 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)

E3 mencionou a possibilidade de se realizar duas vezes o mesmo estágio, em dois níveis de intervenção e conhecimento, sendo uma primeira vez em um nível de menor de atuação e a segunda de maior intervenção.

poderia ser passado pelas cadeiras maiores em dois estágios, dois estágios de conhecimento e dois de atuação, (...) passaria por duas fases de conhecimento, uma primeira fase um pouco mais básica e de atuação um pouco menor e uma segunda vez que você estaria passando pelo mesmo serviço com uma capacidade maior de intervenção e de trabalho.

Quanto aos *níveis de atenção* que devem ser enfocados pelo internato, há quem diga que *o treinamento deveria atingir todos os níveis*, mas seu tempo seria *dedicado até o nível terciário de atenção* e deveria *enfocar aquilo que é importante* para a formação do médico geral.

Esse treinamento poderia estar transitando por todos os níveis de atenção, mas para fechar no internato, eu acho que ele teria o tempo dedicado ainda às atividades, digamos, até o nível terciário de atenção, com predominância de algumas atividades que hoje não são consideradas, por exemplo, cirurgias ambulatoriais é uma coisa que dificilmente está sendo contemplada nas áreas de cirurgia, no entanto é um treinamento importante para a formação do médico geral, que é a proposta de quase todas as Escolas. Eu acho que deveria se selecionar as patologias e os serviços no Internato que tivessem completando a formação, mesmo que num nível já de intervenção, mas que é a capacidade do médico. (P6)

Outros afirmaram ser a atenção primária e secundária a prioridade, ressaltando também a necessidade de *tutores presentes*, que tivessem conhecimento na área.

Seria um modelo que você teria como prioridade a atenção primária e secundária, teria um acompanhamento real de tutores, de docentes que estivessem presentes no dia-a-dia e que fossem capacitados não só para o ensino, mas também para a assistência primária e secundária e não o ultra-especialista na área, que acaba até mesmo falhando no processo de diagnóstico e tratamento de questões mais amplas não relacionadas à sua área específica. (E5)

Houve quem sugerisse: “deixar as atenções terciárias e quaternárias para períodos eletivos. Estabelece um período eletivo de dois meses no quinto ano, dois meses no sexto ano, onde ele vai passar esse período, pronto, é um direito dele”. (P5)

Um entrevistado reforçou que *a escolha do Internato deve ser guiada pelo perfil que almejamos* e acredita que as especialidades devem ser abordadas na Residência Médica, que também deve acompanhar as demandas do SUS.

Teria que estar escolhendo este Internato de acordo com o perfil que eu quero formar, deixando especialidades e outras coisas para Residência, que também deve ser oferecida de acordo com as necessidades sociais e não de acordo com aquilo que a Escola quer oferecer. Eu acho que aí tem um limite da liberdade da Escola em estar oferecendo e também obedecendo ao SUS, afinal ela está inserida no SUS e não pode esquecer disso. (P6)

O médico residente citou alguns **cenários de práticas** que seriam importantes o estudante conhecer. No entanto, diferente de outros entrevistados, referiu não acreditar em inserção por níveis crescentes de complexidade, alegando que todos os âmbitos de atenção têm seu nível de complexidade, sugeriu um modelo mais mesclado. Também sugeriu a inclusão do ensino sobre gestão em saúde.

Eu acho que é importante para o estudante passar por todos os cenários de prática que estão presentes, desde o Centro de Saúde e os cenários em que o Centro de Saúde se relaciona: o espaço da comunidade, a associação de moradores e demais locais em que a comunidade se organiza, escolas, e outros. Outro espaço são as Policlínicas, para o estudante pensar como é que é o atendimento especializado e como é que ele se relaciona com a atenção básica. O Hospital (Hospital Geral) é um outro cenário de prática importantíssimo - passar pelas enfermarias, os ambulatórios gerais, o pronto atendimento, o pronto socorro. Os hospitais de nível terciário e quaternário também têm um espaço durante a concepção do currículo, são cenários de prática importantes, com o seu devido papel. Passar por um Centro de Terapia Intensiva é importante, conhecer alguns serviços de atenção terciária e quaternária é importante também. Então, a partir do momento que o estudante está num cenário de prática, é importante levantar o que é necessário para ele estar acumulando lá e, assim, montar um cronograma teórico e básico que dê conta dos conhecimentos mínimos que o estudante teria que adquirir e também ter um tempo reservado pra que o estudante pudesse trabalhar, durante o conteúdo programático, questões que ele visse e aparecessem no espaço em que ele se encontra. Dessa forma, eu faria uma composição de saberes mais sistematizados com saberes que viriam da prática do estudante nos diferentes cenários. Com isso, preveria um ganho de autonomia progressivo durante o curso. Não trabalho com a idéia de você primeiro passar por um Centro de Saúde pra depois passar por uma policlínica, e depois passar por um hospital, como se fossem níveis crescentes de complexidade. Eu acho que é interessante você tentar mesclar tudo isso, porque todos têm os seus níveis de complexidade. E um espaço que também acho estratégico para os estudantes passarem é o espaço da gestão do sistema, pra você saber como é que se articula toda essa rede de cuidados, pensando numa composição de uma rede progressiva de cuidado. Então, acho que o espaço de gestão, onde há uma secretaria de saúde estruturada, onde há distritos de saúde, seria um cenário onde haveria uma “costura” dos diferentes espaços de prática. E o internato, dentro dessa concepção, não possui muito espaço da maneira como ele está tradicionalmente estruturado. Durante os seis anos você teria um

desenvolvimento de habilidades e competências progressivo, então haveria um internato repartido durante os seis anos, com uma progressão de autonomia e responsabilidades. (R)

Dois entrevistados acreditavam que *cada estudante deveria se responsabilizar por um número de famílias* e acompanhá-las em seu processo saúde-doença.

(...) a grande coisa e a dificuldade que a gente tem é, por exemplo, conseguir inserir os estudantes para que possam acompanhar um determinado número de famílias e possam, não só estar acompanhando, mas se uma interna, vai acompanhá-la durante a internação, se engravida e vai dar a luz, também acompanha. (P5)

O Internato seria o seguinte, cada aluno receberia vinte famílias para observar, ele iria observar os agravos de saúde e doença dessas famílias ao longo de seis anos e deveria fazer uma reflexão sobre o que acontece com essas vinte famílias em termos de saúde-doença durante seis anos. Nesse período, em vinte famílias, vão nascer pessoas, vão morrer pessoas, algumas desenvolverão doenças crônicas e isso vai dar uma formação de valores e atitudes morais. (P3)

Um deles *detalhou o período inicial*, referindo que *os estudantes teriam uma atuação igual aos demais profissionais da saúde*, que fariam um *diagnóstico situacional* de uma comunidade em que ficariam adstritos. Destacou ainda que haveria *reuniões para discussão e planejamento* junto à equipe, que *trabalhariam dentro do preceito da integralidade* e que *acompanhariam seu desenvolvimento prático* através de curvas de progressão.

Primeiro ano territorialização, levantamento do diagnóstico situacional, etc. Fazem a mesma coisa que os demais profissionais da saúde no serviço primário, auxilia eles no cuidado àquelas vinte famílias. Esses indivíduos então, daquela Unidade de Saúde, ficariam adstritos àquela comunidade, teríamos um número de alunos, em torno de seis ou sete, ligados à unidade assistencial, cada um deles num determinado momento do curso, um que está no primeiro ano, um no segundo e assim por diante. No começo da semana ou a cada quinze dias haveria uma reunião para planejamento das atividades daquele período, então a cada quinze dias os grupos se reuniriam para prestar contas do seu trabalho naquele período. Ele estaria inserido em todo o momento na integralidade da atenção e acompanharia seu desenvolvimento prático da mesma forma que o teórico com curvas de progressão, como as utilizadas no teste qualitativo cognitivo. (P3)

Outro entrevistado sugeriu *a inserção do aluno em uma equipe do programa de saúde da família*, dentro desta, o aluno estaria em uma *equipe multiprofissional*, com *população adstrita*, em um modelo ideal de relacionamento com o serviço público de saúde.

a superação, (...) é o aluno dentro de uma equipe do PSF. Ele trabalha ali dentro de uma equipe, é um modelo que funciona (...). Ele não substitui mão-de-obra porque já está ali, a população já está adstrita daquela equipe, tem ali o médico, os outros profissionais que compõe o “Saúde da Família” e, no meu entendimento, é uma forma ideal de relacionamento com o serviço público de saúde. (P4)

A relação entre a Academia e serviço de saúde, segundo o mesmo entrevistado, deve *oferecer vantagens* para ambos, produzindo *conhecimento para ambos*, numa relação dupla.

Esse aluno não está solto, não está simplesmente buscando um serviço de saúde onde vai trabalhar, é uma relação dupla. Como esse serviço de saúde vai também retornar conhecimento para a Academia? Então é uma relação dupla (...) vai ser a oportunidade dessa Academia estar se relacionando com determinado serviço de saúde, produzindo um conhecimento novo e isso é difícil. (P4)

Também houve referência à necessidade de algum tipo de *distinção para os profissionais que trabalham com os alunos*, além de trabalharem com um número limitado de famílias, enfatizando também o trabalho com outros cursos.

os profissionais vão ser remunerados parcialmente com isso, não sei se remunerado, vão ter alguma distinção por estarem trabalhando com os alunos, cada equipe na rede vai atender no máximo 500 famílias, 2000 pessoas. Os estudantes vão aprender interdisciplinarmente com gente de outros cursos, fazendo o trabalho junto. (P2)

Quanto às *atividades intra-hospitalares* dos acadêmicos, um entrevistado sugeriu que fosse realizada *em hospitais secundários*, em atividade ambulatorial, que poderia também ser desenvolvida em especialidades do SUS.

A atividade hospitalar teria que ser desenvolvida dentro de hospitais secundários, nos ambulatórios. Pode frequentar ambulatório de especialidade? Acho que deve até, mas os ambulatórios de especialidades do SUS. (P5)

Um entrevistado descreveu como seria seu internato em dois anos. Afirmou que seria por *complexidades crescentes, enfoque nas áreas básicas* no primeiro ano, permeando também o segundo, que também teria *enfermarias e ambulatórios*. Ele mencionou que o estudante teria uma *agenda própria* e poderia desenvolver *atividades de referência e contra-referência*. Também teria um *período eletivo* de dois meses.

Internato de dois anos, na forma de complexidades crescentes, partindo para as áreas básicas no primeiro ano e as áreas mais complexas no segundo ano. No primeiro ano eu trabalharia as áreas básicas, uma fase pode fazer emergência de manhã e posto de saúde pela tarde, trabalharia também com os ambulatórios de medicina geral, clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria e ginecologia e a emergência, que é a parte mais básica. Então, seria estruturado da seguinte forma: as atividades ambulatoriais teriam a agenda do doutorando, que eu acho muito importante e aí os doutorandos que estão na rede pública é que fariam o encaixe na agenda do doutorando, na rede especializada no HU, que é o chamado sistema de referência e contra-referência, a partir daí, o doutorando se responsabiliza pelo paciente da rede pública, ele acompanha junto o que foi feito no ambulatório, já que somos todos colegas e a gente tem muito contato um com o outro. Então, de especialidades é o suficiente, trabalhando as áreas básicas no primeiro ano e as específicas no segundo, sendo que todos os doutorandos têm a oportunidade de passar em todos os estágios, deixando dois meses a cargo do doutorando, para

fazer alguma área específica, em algum hospital do Brasil ou até fora. De qualquer modo, funcionaria da mesma forma, enfermaria, medicina ambulatorial e emergência, a emergência ficando até o final da faculdade, além da saúde pública também, ficando até o final da faculdade, tendo o sistema de referência e contra-referência nos ambulatórios, dois meses livres para o Internato fora. E as enfermarias da seguinte forma: visita até as dez horas da manhã e depois discussão de conduta dos casos que têm na enfermaria todo dia, o doutorando e o preceptor. (E2)

Quanto aos **modelos pedagógicos** utilizados, o relato que segue justificou a importância da *prática como subsídio para a discussão teórica*. Sugeriu que o uso da prática como elemento para reflexão seria interessante, negando o modelo de aula expositiva. Acrescentou que a reflexão sobre a prática permite sua mudança.

Questionam muito a quantidade de tempo de teoria, porque a gente sabe que essa teoria tem que ir e voltar, então não adianta você ficar um longo tempo só teorizando sem ter a questão da prática. Acho que a coisa tinha que ser mais significativa para a pessoa que está ali. As pessoas vêm de vivências diferentes, são individualidades e deviam ser respeitadas nas suas singularidades. (...)o formato seria a gente aliar o máximo possível a questão da “praxis”, da teoria estar perto da prática e da prática servir como elemento da teoria, (...) Acho que uma maneira muito interessante seria justamente isso: ter rodas de problematização o mais plurais possível, ter momentos para estar refletindo práticas e teoria e não teoria e aula expositiva, ter um espaço de prática e reflexão em cima disso. Em cima dessa reflexão ter tempo de mudar sua prática, (...) (E1)

Citou, ainda, o *modelo de tutoria*, em grupos pequenos, como interessante para a orientação da busca do conhecimento.

A busca de conhecimento tem de ser uma coisa que também vem de si e, nesse sentido, a tutoria é muito interessante; que você tivesse um processo de tutoria, de grupos muito pequenos, onde você pudesse ter uma orientação. (E1)

Sugeriu também que fossem feitas *rodas de problematização* e discussão de casos clínicos em que *houvesse, além de medicina, estudantes de outros cursos da saúde*.

É fornecer isso: possibilidades, um campo, um platô de possibilidades; isso pode se dar, por exemplo, em roda de problematização, isso deveria se dar, inclusive, de maneira multidisciplinar, não só estudantes de medicina, sem dúvida haveria momentos para estar trocando com o pessoal da enfermagem, com o pessoal da psicologia, com o pessoal da terapia ocupacional. Você teria um elemento desse tipo, discutir o caso clínico em equipe, não discutir o caso clínico você e o médico. Dessa forma a gente estaria valorizando, sem dúvida, mais a questão do núcleo e do campo, do núcleo de competência, mas também do campo de trabalho como paradigma, porque no Internato todo que a gente tem hoje você nega isso, você trabalha de maneira totalmente deslocada de toda a equipe, enquanto interno. (E1)

E outro ainda enfatizou a necessidade do *trabalho em equipe multiprofissional*.

Começa-se a fazer aquilo que nós já estávamos fazendo, o estudante desde o início, quando chega à Escola, começa a trabalhar a questão do trabalho em equipe multiprofissional, então a gente montaria, em cada Unidade de Saúde, um grupo integrado que, duas vezes por semana, se reuniria para discutir o que iam fazer aquela semana e, ao final da semana ou a cada quinze dias, o que fizeram naqueles quinze dias, estimulando eles a trabalharem juntos. (P3)

Foi afirmado que: “o internato fica preso nas grandes áreas e deve ser o mais integrado e multiprofissional possível”. (P5)

Sobre as *áreas de conhecimento*, um entrevistado acredita que *devam ter maior integração* e citou: “sem dúvida seria o internato mais interligado, as coisas já sairiam mais “trans”, teriam mais fronteira, mais áreas cinzentas, não se definiria muito bem onde começa uma coisa e acaba outra”. (E1)

O mesmo entrevistado acredita também que, durante a formação, *deve-se discutir a relação médico-paciente e sua relação de poder*.

Eu acho que em qualquer curso de medicina a gente deveria estar entrando numa coisa mais ousada, infelizmente não tem receita de bolo, acho que isso é muito pertinente a cada realidade, mas é a disputa da questão da ideologia de poder e como isso se configura. Isso se vê muito pouco durante o curso e, no Internato, está na cara, porque aí você está atendendo, está com o paciente, muitas vezes sozinho, e como foi trabalhada essa questão do poder? Como é a relação com o paciente? Isso está além daqueles “papinhos” demagógicos de humanização. Não é isso! É discutir poder mesmo, essa categoria de análise: poder. Como se dá essa relação? Você realmente acredita que aquele paciente tem uma capacidade de disputa com você na perspectiva da terapêutica dele ou você é o senhor dele, você chega ali e determina a vida dele? Então isso também deveria ser trabalhado e não é. (E1)

Um entrevistado comentou que daria *maior autonomia aos acadêmicos*, permitindo a requisição de exames e o encaminhamento para especialidades. Criticou o plantão noturno, afirmando que o mesmo prejudica o aprendizado do aluno.

(...)Uma outra coisa para complementar é que eu daria mais autonomia aos acadêmicos, permitiria que eles tivessem seus próprios carimbos e tivessem liberdade de pedir o exame que eles quisessem e encaminhassem para onde eles quisessem, obviamente com uma certa supervisão, mas o fato de você ter de, no ambulatório, ir atrás do staff para pedir um raio x, um hemograma, é contraproducente. Se eu tivesse liberdade eu tiraria o plantão noturno, que é totalmente contrário ao aprendizado, o aluno está com a mente cansada, não aprende nada, durante o plantão noturno e, no dia seguinte, está estafado e é praticamente um dia perdido no pós plantão, tudo bem treinar o aluno para trabalhar a noite seria a única justificativa, não sei se é necessário esse tipo de treinamento, realmente não sei, em termos de aprendizado, (...) (E6)

Para E3, o *calendário de atividades deveria ser discutido e pactuado com os alunos*, permitindo tempo para estudos, para a prática e para a discussão com os preceptores.

outra coisa que poderia ser discutida é o próprio calendário, em rodas pequenas, junto com os alunos, com as pessoas que iriam passar pelo internato, para que se colocasse ali quais são os anseios, quais são as necessidades sentidas, para que ficasse mais fácil de se cumprir. E que o calendário fosse discutido com espaços para estudo, com espaço para a prática, com espaço para aprofundamento em conjunto com os preceptores e os alunos, sendo assim, quebraríamos a lógica de ser tão passivo e de receber tudo tão pronto, para a lógica de participar da gestão do próprio conhecimento, da produção de conhecimento, da transmissão de conhecimento da Universidade.

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* através do estudo da antropologia dos povos onde se estuda.

Acho que você 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, porque isso não vai se aprender só no internato, e no internato de sistema de rodízio, isso tem de estar dentro do projeto pedagógico da escola. (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, deve-se formar esse aluno primeiro, antes dele começar anatomia, fisiologia etc etc, os módulos integrados, formar esse aluno do ponto de vista um pouco da filosofia, do ponto de vista do respeito a outra cultura, porque ele vai ter todo o resto da Escola para trabalhar a área clínica, a área cirúrgica, as outras áreas enfim do conhecimento médico. Então é no primeiro período, quando esse aluno chega na Escola, dar-lhe uma formação humanista, uma formação de respeito à cultura dos outros, de ver nos outros o sujeito. (P4)

4.5. Percepções dos entrevistados sobre as dificuldades de transformação do Internato Médico

A **estrutura departamental** e a **dificuldade de tomada de decisões** foi apontada, por um dos entrevistados, como elemento que dificulta os processos de reforma curricular vigentes atualmente.

(...) a coisa é muito dependente dos departamentos, como em quase toda a Universidade, e a coordenação do curso tem pouco poder efetivo. Faz parte do curso que ele não se configure enquanto departamento, você tem o curso de medicina composto por vários departamentos, com uma coordenação que apenas está ali para mediar alguns processos, mas não tem um poder incisivo sobre os departamentos. (E1)

Um entrevistado mencionou a **sedução dos discentes pelos especialistas** que ocorre dentro dos hospitais, denegrindo o aprendizado da atenção básica.

O que você tem é que, na hora em que ele chega dentro do hospital, os grandes especialistas tentam convencer os estudantes de que no posto eles não aprendem nada, só aprendem besteira. Que devem aprender o que eles têm para ensinar e não aquilo que vai se aprender lá fora. (P5)

Outro fator que dificulta os processos de mudança, segundo um entrevistado, é a **falta de mobilização discente** e a **ausência de discussões** sobre o andamento do Internato.

(...) não existe uma mobilização para se correr atrás de mudanças, não existe a facilidade da mudança de um processo que já está andando por parte dos docentes, mas os discentes também não se mobilizam e não fazem com que essas mudanças aconteçam ou então que se perceba a importância dessas mudanças. (...) uma coisa que faz falta, são discussões sobre o Internato com os discentes, enquanto está se passando pelo Internato. Existem diversas críticas que ficam nos corredores e acabam não chegando onde tinham que chegar. As pessoas falam mal, as pessoas têm realmente diversas críticas, mas acabam ficando por ali. (E3)

Também foi relatado que os estudantes resistem em realizar atividades que ocupem um tempo maior, em função do estudo direcionado às **provas de Residência Médica** e aos **cursinhos** preparatórios.

Está havendo uma resistência muito grande da parte deles para aceitar isso, primeiro que o sexto ano hoje está muito mais preocupado com o exame de residência, e uma das coisas que eles alegam é que não vão poder fazer o medcurso, vão ter de vir a noite para fazer. A minha visão é que hoje eles estão preocupados com o exame de residência. (P5)

(...) tudo que requer um maior tempo eles são contra, porque o estudante do sexto ano hoje ele quer ter tempo para resolver teste e frequentar medcurso para se preparar para fazer exame de residência. (P5)

Quando, no quarto ano, ele está preparando para o exame de residência, já está pensando na especialidade que vai fazer e já não vai ser médico geral. (P2)

4.5.2. Sugestões para superar as limitações

Alguns entrevistados mencionaram alguns passos que deveríamos dar para alcançar o modelo ideal.

Um entrevistado comentou que acredita que devemos *seduzir os estudantes* para o **modelo ideológico** preconizado e *fortalecer o movimento estudantil*, que já vem com o engajamento.

(...) ele deveria ter uma adesão ideológica (...) o problema é ideológico mesmo. (...) Eu acho que tu tem que trabalhar com sedução, na verdade é essa a idéia. Quem é que são os mais aderidos à proposta? São os militantes de movimento estudantil. Devemos colaborar com seu engajamento na luta pelo SUS, porque eles já vêm com engajamento, ou seja, botar lenha nessa fogueira. (P2)

Ele também acredita que devemos formar professores que ajudem a “abrir” a cabeça dos alunos: “Formação de professores para que os professores ajudem a abrir a cabeça de aluno ao invés de fechar, ao invés de conduzir para outro caminho.” (P2)

Quanto ao problema relacionado ao acesso e à influência, algumas vezes negativa, exercida pela **Residência Médica**, alguns citaram que *devemos associá-la às necessidades do país, às suas prioridades e ao mercado de trabalho*, sendo assim gerariamos um repensar nos indivíduos.

As residências tem que ser em cima das prioridades do país, quem sustenta a residência é o setor público, então eu acho que tem que claramente dizer: essas residências aqui a gente sustenta, as outras podem fazer, mas não é sustentada pela gente. Quais são as prioridades nesse momento: a, b, c, d, cinco ou seis, a gente tem claro isso. Essas seis tem que ter residência “pra burro”, as outras pode ter, mas não é importante. (P2)

(...) a partir do momento que você concentra nas necessidades do país as residências, nas reais necessidades do país e do mercado de trabalho real, isto vai automaticamente gerar um repensar nos indivíduos sobre o que eles querem fazer, porque enquanto continuar do jeito que está, se oferece de qualquer jeito, qualquer hora, qualquer lugar pode abrir, isto vai continuar desse jeito, quer dizer, eles vão tender a ser especialistas enganados, eles estão sendo enganados para fazer especialidades que não vai ter mercado. Se não mudarmos nosso exame de residência, não vamos modificar a escola médica nesse país. (P5)

E, segundo P4, precisamos estudar mecanismos em que aconteça a **referência e a contra-referência** na graduação, para que possam ser melhor trabalhados:

Nós precisamos estudar mecanismos em que isso aconteça, porque isso vai servir para o aluno que está no Internato. Vamos supor o aluno que está no Internato de Clínica Médica, no Hospital Universitário, chega o paciente encaminhado pela Atenção Básica através da Central de Marcação do SUS, daquele município, e chegou no hospital, 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, de períodos anteriores, que está lá no posto de saúde de onde veio o paciente. Então estes mecanismos precisam ser melhor trabalhados.

Quanto ao **modelo pedagógico**, um entrevistado referiu que *devemos trabalhar com aprendizagem mais significativa* para o estudante.

(...) como possibilidades a gente devia, cada vez mais, trabalhar com uma aprendizagem mais significativa, no sentido que é trazido nos textos de educação permanente. Eu acho que a gente devia trabalhar com algo que significasse para aquela pessoa que está ali e, para isso, a gente reorientaria realmente todo o grupo de possibilidades do curso, porque hoje a gente tem uma formação que não condiz com a realidade. (E1)

Outro citou a necessidade de *transformação do modelo político-pedagógico*, em um modelo mais prático que teórico, em que o ocorra um acompanhamento real do estudante pelo professor.

A superação disso, desses principais problemas, vem com uma superação de modelo, você transforma o modelo político-pedagógico da Escola, possibilitando alguma outra forma de você entender o ensino em saúde, a educação médica, de uma forma muito mais prática do que teórica, de uma forma com um acompanhamento real do discente pelo docente. Eu acho que superar esses problemas do Internato é muito mais uma superação de modelo de educação como um todo do que dos próprios problemas específicos. (E4)

Alguns reportaram-se aos **atores externos** à Escola, como é o caso da *Associação Brasileira de Educação Médica*. Um entrevistado falou que esta deve ser ativa e ousada na transformação do ensino: “A ABEM tem que ser mais ativa nisso, tem que ser mais ousada em relação a isso, mas todo mundo que está aqui (COBEM) tem uma mesma direcionalidade.” (P2)

Houve quem mencionasse *o Ministério da Saúde* e suas atribuições como ordenador da *formação de recursos humanos*, acreditando que o mesmo deva *facilitar o entrosamento entre serviço de saúde e Escola Médica*.

Eu acho que o SUS tem esta função, o Ministério da Saúde tem essa função, de ordenar a formação de recursos humanos. Deveria investir fortemente na questão da formação médica, na facilitação do entrosamento do serviço com as Escolas. É uma obrigação estar sempre dizendo que é a ele que cabe a formação de Recursos Humanos. Tem de ter uma ação, estar mais presente do que já está, porque acho que está, na questão da formação, contribuindo para diminuir estas arestas, para facilitar a interação entre alunos e serviço e para que isso seja de bom nível. (P6)

Para uns, é necessário a *defesa do ensino público*, para poder cobrar **compromisso com o SUS**.

Universidade, tem que ser pública denovo. Acho que as Universidades tem que ser públicas, gratuitas e de qualidade. Tem que hipertrofiar essa formação. Não pode existir Universidade privada? Pode, não tenho nenhum problema com a Universidade privada, mas nesse momento nós temos um mundo de Universidade privada em detrimento da Universidade pública. Tem que pensar em Universidade pública, daí tu pode cobrar compromisso para o SUS. Quem paga quatro mil por mês, três mil e quinhentos por mês, não consegue pensar em SUS, porque ele vai acabar trabalhando no SUS, mas não consegue pensar. (P2)

O mesmo entrevistado comentou também acreditar que deve-se *discutir mercado de trabalho* durante a formação.

Eu penso que as pessoas têm que primeiro discutir mercado de trabalho muito claramente ao longo do curso, entender SUS ao longo do curso, mas entender não é decorar coisa para responder na prova de Residência, mas viver SUS. (P2)

Necessidade de *capacitação e estímulo aos profissionais de saúde* que recebem os estudantes, foi algo falado também.

eles vão atender acompanhados de profissionais de saúde que têm que ser capacitados, também não pode jogar lá, tem que capacitar esse pessoal, tem que dar suporte, alguma forma de estímulo, não necessariamente financeiro, mas tem que dar algum estímulo para essas pessoas, talvez o título de professor colaborador. (P5)

Para um entrevistado, deve-se sair em *defesa do Sistema Único de Saúde*, para que se possa trabalhar com uma *rede e uma equipe de saúde boa*, com um *número reduzido de famílias*, facilitando o aprendizado do aluno.

Tem que mexer na rede para que a rede seja bem dimensionada, para que tenha uma equipe boa, um número de famílias mais reduzido do que tem atualmente, para que os alunos possam ir para lá aprender. A modificação está acontecendo, a gente tem que sair em defesa do SUS, eu acho que é a grande bandeira de luta hoje. (P2)

5. DISCUSSÃO

O real não nos basta. Sustenta-nos, impulsiona-nos, limita-nos, dá-nos asas, mas não nos chega. A inteligência inventa sem cessar possibilidades reais, que não são fantasias mas antes ampliações que a realidade admite quando a integramos nos nossos projetos.

José Antonio Marina – filósofo espanhol

A maioria dos relatos sobre o Internato Médico associam-no a um modelo tradicional, que se estrutura em rodízios nas grandes áreas médicas: Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria e Ginecologia-Ostetrícia. Alguns mencionaram alterações nessa estrutura, incluindo o rodízio em Saúde Pública, ou em Medicina Social. Vários entrevistados mencionaram um modelo centrado no hospital, com ênfase nas especialidades médicas.

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. Para Marcondes e Mascaretti³, as principais falhas do modelo rotativo são: duração curta dos estágios e, sobretudo, dos estágios que podem ser de uma semana; falta de continuidade e falta de integração programática interdisciplinar.

O relatório da CINAEM¹⁴ afirma que o modelo tradicional reproduz o modelo biologicista de abordagem do processo saúde-doença, enfocando o indivíduo de forma compartimentalizada, orientado por sua patologia e pelo órgão doente. Dessa forma, o ensino fica prejudicado por não enxergar a influência de fatores psicossociais na origem das doenças¹⁵.

Alguns entrevistados mencionaram dificuldades dentro do ambiente de ensino hospitalar, como a falta de integração entre os diferentes rodízios e o fato de “tocar serviço” em algumas enfermarias, ambulatórios e em serviços de emergência. Houve relatos que firmaram serem, os hospitais, “guetos” de resistência à formação generalista, por parte dos especialistas que ali trabalham.

Campos¹⁶ cita que os hospitais de ensino são obrigados a trabalhar sob uma lógica de produção de serviços e alta incorporação de tecnologia. Dessa forma, possuem uma fragmentação do processo de trabalho em dezenas de setores. Torna-se difícil a integração entre as diversas clínicas, dificultando também a integração entre os diversos conhecimentos. Além disso, o fato de possuírem demanda por produção de serviço, pode prejudicar o

processo de ensino-aprendizagem, em função de demandas burocráticas e da própria assistência. Durante o processo histórico distanciaram-se do perfil epidemiológico das populações e tornaram-se meios de experimentação de novas tecnologias médicas de interesse das especialidades, facilitando o fortalecimento social e econômico de médicos “super-especialistas”, que também se utilizam dos mesmos para recrutamento ideológico de novos quadros¹⁷.

A relação de poder no contato com os indivíduos, na hora de seu atendimento nos consultórios e hospitais foi uma temática 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, promovendo uma troca mercantil, prejudicando a autonomia do indivíduo e a ampliação de sua consciência¹⁸.

A caracterização do período do Internato, como de prática ou aprendizado em serviço, relaciona ao fato de que, superar as limitações da formação, significa também uma transformação das práticas através da compreensão do processo saúde doença a partir da realidade das populações¹⁵.

Ao longo da história, surgiram iniciativas com o intuito de implementar mudanças no modelo tradicional, para adequá-lo às exigências da realidade imposta. Nesse sentido, inicialmente desenvolveram-se iniciativas pontuais, tais iniciativas constituíam atividades de extensão, numa relação de observação comparadas a “laboratórios de comunidade”. Mudanças nas relações sócio-econômicas da sociedade permitiram uma mudança na relação da Escola com a comunidade, de modo que desenvolveram-se experiências que repercutem ainda no processo de formação¹⁸. Alguns entrevistados mencionaram essa evolução histórica, comentando algumas dessas experiências, como o Internato Rural e o Internato em Unidades de Saúde.

Sobre o Internato Rural, surge na Universidade Federal de Minas Gerais em 1978, com seguinte objetivo: propiciar aos estudantes a oportunidade de melhor apreenderem as relações entre Medicina e Sociedade através da participação direta no SUS e nos movimentos sociais, dentro da perspectiva de consolidar uma proposta de integração docente-assistencial. Segundo avaliação discente, desta própria Universidade, constitui uma experiência única, no sentido de complementação da formação profissional, humana e política do futuro médico. O estudo afirma ainda, que possibilita agregar ensino, pesquisa e extensão na construção de ações de saúde voltadas para as comunidades, formando profissionais comprometidas com as

transformações sociais e do setor saúde. A experiência tem permitido repensar tanto as práticas de saúde como os movimentos sociais e o ensino de graduação¹⁹.

Sobre o Internato em Saúde Coletiva, seu objetivo, no caso da Universidade Federal de Santa Catarina, era mostrar 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. As experiências apontam para o fato de que estes estágios conseguem transmitir uma visão menos fragmentada da atenção à saúde²¹, ampliam a visão sobre a formação, sobre a responsabilidade do profissional e sobre os espaços da comunidade em que ocorrem²⁰.

Apesar de avançarem, as iniciativas também encontram dificuldades, foram mencionadas: despreparo dos profissionais do serviço para receber os estudantes, resistência para estabelecimento de convênios com estes serviços e, ainda, a falta de estrutura física que permitisse o aprendizado. Nos processos de inserção com a rede, os professores algumas vezes não possuem, ou discriminam conhecimentos na área das ciências humanas¹⁸. Encontramos em alguns locais, dificuldades do corpo discente em relacionarem-se com a comunidade.

Como se pode perceber, nestas mudanças, os estudantes têm maior oportunidade de ter contato com a comunidade e de sensibilizar-se perante a realidade social e do sistema de saúde. Vemos então uma “desospitalização” do Internato e a inserção de futuros médicos em locais que também necessitam dele.

Outra experiência citada em alguns depoimentos foi o estabelecimento de um período eletivo do Internato Médico, em que o estudante poderia escolher uma área médica que pudesse aprofundar conhecimentos, além de conhecer outros serviços não relacionados à sua instituição. Este período é colocado, por algumas instituições, como forma de incentivar o interesse do aluno por seu processo educativo²². Alguns afirmaram que esses serviços poderiam incentivar a especialização precoce, no entanto, Sobral²³, em estudo de 2000, afirma que o período seletivo de internato não afeta a opção por especialidade que o estudante tinha antes desse período.

Algumas experiências pontuais também ampliam o treinamento prático do estudante, como é o caso da ampliação de atividades em emergência, vista como um momento adequado para o desenvolvimento de habilidades clínicas em emergências e apontamento de eventuais falhas de formação²⁴ (p98):

Medicina em emergência é satisfatória e eminentemente adequada para o ensino baseada em problemas, ensino integrado e interativo e confiança aperfeiçoada (improves confidence), experiência clínica em emergências, habilidades práticas e trabalho em equipe. Em suas vantagens inclui mais ensino baseado em problemas, mais sessões de treinamento prático e melhor definição de falhas no aprendizado do estudante.

Os diversos olhares acerca do Internato Médico contribuíram para a concepção de um modelo ideal de formação médica. Todos demonstraram reconhecimento da importância do Internato para o treinamento do futuro profissional e a preocupação em ampliar o intenso exercício da prática médica desenvolvido nessa fase. A percepção acerca de possibilidades e limitações demonstrou ser semelhante para todos os entrevistados, sendo enriquecida pela individualidade dos entrevistados e se completando conforme a situação dentro do contexto de formação. Os docentes focaram sua preocupação em uma concepção ampla e estrutural, citando as contradições estabelecidas entre modelos ideológicos e a prática de gestão da Escola Médica. Os estudantes lembraram também limitações do dia-a-dia, não deixando de inseri-las em um contexto sócio-político. Já o médico residente refletiu sobre a relação da estruturação curricular com as demandas dos serviços de saúde, sem destoar em outros aspectos das demais entrevistas.

Ao falarem sobre o modelo ideal de Internato Médico, ficou evidente um perfil que em nada destoava daquele preconizado pelas Diretrizes Curriculares²⁵, lançadas em 2001, como segue abaixo:

(...) um médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Segundo Zanolli²⁶, 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.

A percepção sobre a necessidade de aumento do tempo de internato para um período superior a dois anos foi constante durante as entrevistas, com algumas variações dentro da concepção individual dos entrevistados.

Enquanto muitos pontuaram a necessidade de aumento do tempo do Internato, no discurso de alguns pode ser observado que, 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 sua entrada na Universidade. A partir de uma vivência junto à comunidade e a rede de saúde, ele traz subsídios para a teoria e permite também uma troca entre a Escola e seu entorno.

A aproximação do treinamento profissional desperta no estudante um maior envolvimento com seu desenvolvimento cognitivo, tornando-o ativo na construção de seu conhecimento. Sendo assim, ampliar esta etapa da formação significa avançar em um modelo com metodologias ativas de ensino aprendizagem, que utilizem como cenário a rede de saúde. 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 almejado²⁶.

O modelo concebido pelos entrevistados caminha no sentido de inserção do estudante já no início do curso em atividades na rede, associado ao estudo das ciências humanas no início do curso, fato que contribuiria na construção de um diálogo intercultural efetivo com as comunidades que serão trabalhadas, contribuindo também para emergir novos princípios e conceitos em medicina¹⁸. É necessário, ainda, participar de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, diagnosticando os principais problemas sociais, desenvolvendo senso crítico e um diagnóstico que possa ser utilizado nas atividades de intervenção de que devem ser exercidas posteriormente. Sendo assim, o estudante deve exercer um grau crescente de responsabilidades, passa a ter um papel ativo na construção de sua autonomia e o docente torna-se um orientador deste processo¹⁴.

A necessidade de ampliar e integrar as áreas de conhecimento médico e integrar com o restante do curso foi citada pelo diagnóstico estabelecido pela CINAEM em 2000¹⁴.

Esta tendência sugere que a valorização dos momentos de concentração do ensino nas grandes áreas do conhecimento médico, através de currículos integrados, que garantam o fluxo de aprendizado destes conhecimentos ao longo de todo o curso, deverão ter maior eficácia na aquisição de conhecimentos por parte dos estudantes.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aparentemente, o modelo ideal de Internato Médico não pode ser desvinculado de um processo de transformação do ensino médico, em que as metodologias ativas de ensino-aprendizagem sejam utilizadas desde o início do curso.

O estudante deve entrar em contato com a rede de saúde ao adentrar a Universidade. Percebe-se que este contato deve ser permeado por trocas de saberes entre o estudante e a comunidade.

Ao iniciar sua progressão ao longo do curso, responsabilizando-se progressivamente pelo cuidado nos diversos níveis de atenção, deve entrar em contato com os serviços de forma a entender sua estruturação e importância dentro do Sistema Único de Saúde.

Permanece, entretanto, o questionamento: Como estruturar isso dentro de um currículo?

Ficou evidente que não existem fórmulas, teremos que desenvolver iniciativas que avancem nessa busca. No entanto, esse processo deverá ser acompanhado de uma profunda mudança dentro da Escola Médica. Não há como mudar, sem superar diversos obstáculos que se impõem, dentre eles, estamos nós mesmos. Precisamos ampliar nosso olhar sobre a formação, valorizando os diversos saberes das ciências humanas e sobre como encarar o indivíduo. É preciso romper barreiras do preconceito e dos núcleos de poder existentes entre os profissionais da saúde.

Alguns entrevistados lembraram também que não há mudança curricular isolada do contexto sócio-econômico no qual estamos inseridos ou dos problemas da educação e da saúde em nosso país. Disso, podemos refletir que a luta pela transformação do ensino médico, deve caminhar em conjunto com a luta por um ensino de qualidade para o país. Também deve caminhar em conjunto com a luta pela concretização de um sistema de saúde funcionando e que possa abranger toda a população brasileira.

O Sistema Único de Saúde pressupõe universalidade, equidade e integralidade. Concretizar estes princípios perpassa a concretização de uma formação adequada para os futuros profissionais da saúde.

Finalmente, gostaria de encerrar com um trecho citado por Albizuri²⁷, em seu trabalho de conclusão do curso medicina, pela Universidade Federal de Santa Catarina:

A nova concepção curricular tem que ser discutida e pactuada por toda a escola. Ainda há muito caminho a percorrer no sentido da adoção de outros espaços de prática, hoje dentro do novo currículo, a superação do hospital universitário como principal cenário para a graduação ainda não existe. As turmas que começam a trilhar os conhecimentos e saberes propedêuticos estão tendo a pouca prática que é administrada centrada no hospital. A dita interação comunitária deve ser pensada não somente como uma visita à comunidade, *passeio ao zoológico*, deve-se conceber esta prática intrinsecamente associada aos objetivos maiores das transformações curriculares, à construção do SUS e à conseqüente transformação, progresso e revolução da sociedade. Não podemos nos dar o luxo de imaginar um diálogo entre a universidade e a sociedade se esta não for baseada nestes preceitos, é necessário utilizar as práticas extra hospitalares, as novas tendências curriculares e o instrumento social Universidade como maquinaria desse processo de transformação. Se transformarmos nossas atividades práticas e estas influenciarem a formação dos médicos do futuro e a Universidade caminhar junto nessa trilha poderemos ser partícipes de uma nova história para nosso Brasil. Mas é necessário pensar cada um desses passos em um contexto maior, caso contrário, qualquer transformação curricular fracassará na sua essência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABEM – O Internato nas Escolas Médicas Brasileiras. Série: Documentos da Associação Brasileira de Educação Médica, nº 4, 1982.
2. Rosa AR, Filho CF, Pontes JPL. ENSINO MÉDICO – Atualidade de uma Experiência. Rio de Janeiro (RJ): EDITORA UFRJ, 1995; 6: 45-51.
3. Marcondes E, Mascaretti LAS. O Internato na Graduação Médica in EDUCAÇÃO MÉDICA/ coordenadores: Eduardo Marcondes, Ernesto Lima Gonçalves. São Paulo (SP): SARVIER, 1998; 149-166.
4. MEC. Manual do Internato. Brasília: SESu/MEC, 1984. 13p. (Série Cadernos de Ciências da Saúde, n. 7, 1984).
5. GARCÍA, JC. La Educación médica en la América Latina. OPS/OMS, Publicación Científica n. 225, 1972.
6. ELIAS, PEM. Residência Médica no Brasil: a institucionalização da ambivalência. São Paulo, 1987. Dissertação (Mestrado). Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, USP.
7. ALMEIDA, MJ. A educação médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, mai./ago. 2001, v.25, n.2, p.42-52.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde; Ministério da Educação (BR), Secretaria de Educação Superior. Promed – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina: ma nova escola médica para um novo sistema de saúde. Brasília (DF); 2002.
9. Comissão Permanente de Mudanças Curriculares; Pereima MJL, relator. [Proposta de mudanças curriculares apresentadas pela Comissão Permanente de Mudanças Curriculares ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina]. Florianópolis: UFSC; 2002. Conselho Nacional de Educação (BR). Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001.
10. LAMPERT, J. B. Currículo de graduação e o contexto da formação do médico. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, jan./abr. 2001, v.25, n.1, p.7-19.
11. Patrício ZM. Qualidade de vida do ser humano na perspectiva de novos paradigmas: possibilidades éticas e estáticas nas interações ser humano-natureza-cotidiano-sociedade. In: Patrício ZM, Casagrande JL, Araújo MF, organizadores. Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: PCA; 1999.

12. Grosseman S. Satisfação com o trabalho: do desejo à realidade de ser médico [tese]. Florianópolis: UFSC; 2001.
13. Lampert JB 2002. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. Hucitec-Associação Brasileira de Educação Médica, São Paulo.
14. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico; Piccini RX, Facchini LA, Santos RC, organizadores. Preparando a transformação da educação médica brasileira: projeto CINAEM III fase: relatório 1999-2000 / CINAEM. Pelotas (PR): UFPel; 2000.
15. Cutolo, LRA. ESTILO DE PENSAMENTO EM EDUCAÇÃO MÉDICA – Um Estudo do Currículo do Curso de Graduação em Medicina da UFSC. (tese). CED/UFSC. 2001.
16. Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública 1999; 15: 187-93.
17. Medici AC. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. Rev Assoc Med Bras 2001; 47: 149-56.
18. Pereira OP, Almeida TMC. Medical education according to a resistance pedagogy. Interface (Botucatu), Sept./Feb. 2005, vol.9, no.16, p.69-79. ISSN 1414-3283.
19. Polignano MV, Melo EM, Nascimento EM, Santana AMP, Rodrigues IA. Internato Rural da Faculdade de Medicina da UFMG – 25 Anos de Integração Docente-Assistencial. Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária – Belo Horizonte (MG), set. 2004.
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 [dissertação]. CCS/UFSC. 2004.
21. Miranda, JFA. EDUCAÇÃO MÉDICA – Estudo do Impacto da Adoção da Estratégia de Saúde da Família no Internato Médico. ed. Papel Virtual. Rio de Janeiro. 2004.
22. Sobral, DT. Fatores de Influência na Escolha de Treinamento Seletivo no Internato. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, set./dez. 2003, v.27, n.3.
23. Sobral DT. Escolha de carreira em medicina por graduandos da Universidade de Brasília. Brasília Médica 2000; 37: 8-13.
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;13:98-103.
25. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/pdf/CES04.pdf>

26. Zanolli, MB. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica. In: Marins JJ, Rego S, Lampert JB, Araújo JG, organizadores. Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. Hucitec- Associação Brasileira de Educação Médica, São Paulo (SP), 2004; p.40-61.
27. 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 [monografia]. Florianópolis (SC): UFSC/Curso de graduação em medicina; 2004.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2005.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

TCLE

Caro professor/estudante,

Meu nome é Igor Tavares da Silva Chaves, sou acadêmico do 5^a ano de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. Estou realizando um estudo qualitativo envolvendo professores e estudantes. Trata-se de meu trabalho de conclusão de curso.

O título do estudo é: **Percepção de professores e estudantes sobre possibilidades e limitações do internato médico**. Atualmente, vários cursos de medicina estão passando por reformas curriculares, alguns possuem experiências bastante positivas, outros possuem certas dificuldades. Como o próprio nome sugere, o trabalho pretendo captar, através de entrevistas semi-estruturadas, as diferentes formas de ver o internato médico. Assim poderemos, ao final da pesquisa, identificar significados, modelos teóricos, vantagens e limitações desta fase da graduação. Um estudo desta natureza poderá contribuir com a troca de experiências e com reflexões a respeito do tema, ajudando na elaboração de novos modelos de Internato Médico.

Após a realização das entrevistas com uso de gravador de áudio manual, iremos proceder uma análise dos dados, com o intuito de produzir uma síntese dos mesmos, não havendo nenhum risco ou desconforto para os entrevistados. Somente os pesquisadores terão acesso ao material de áudio coletado. Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, no entanto, serão utilizados nomes fictícios para identificação dos entrevistados, podendo os mesmos retirarem-se da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo moral, financeiro etc, até a data final de publicação, bastando apenas comunicar os pesquisadores através de telefonema ou e-mail. Não há benefícios individuais à pesquisa, mas sua publicação trará benefícios científicos à comunidade acadêmica. Qualquer dúvida ou esclarecimento, bem como a comunicação de desistência poderá ser realizada a qualquer momento da pesquisa, até sua conclusão.

Os pesquisadores envolvidos e responsáveis pelo estudo são:

Igor Tavares da Silva Chaves. Fone: (48) 88065760. E-mail: tasich@yahoo.com

Suely Grosseman. Fone: (48) 2251737. E-mail: suely@ccs.ufsc.br

Natal-RN, __/__/2005

SUELY GROSSEMAN
(Orientadora)

IGOR TAVARES DA SILVA CHAVES
(Orientando)

Eu, _____ aceito fazer parte deste estudo, estando ciente e concordando com as informações contidas neste documento.