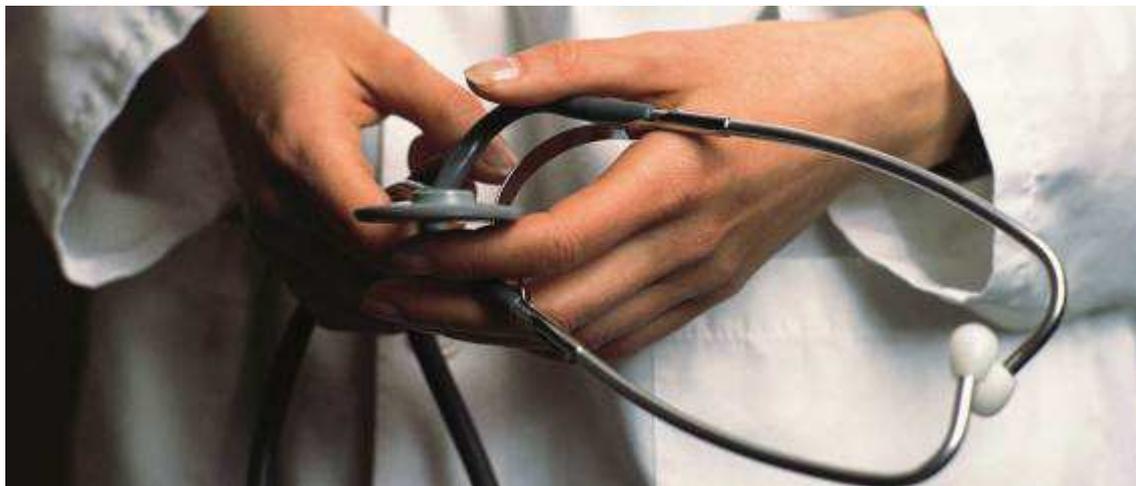


O internato na formação médica atual

José Carlos Prates



Um dos períodos importantes de aprendizagem ao longo da formação no curso médico é o estágio curricular obrigatório — o internato, ocupando os últimos dois anos da formação médica de graduação, especificamente dedicados ao treinamento em serviço.

O treinamento em serviço como ensino médico prático surge durante a década de 1940, época em que nossos currículos começaram a se espelhar no modelo norte-americano.

Em 1983, o CFE, em parceria com o ABEM, publicou a Resolução nº 9, que conceituava o internato como o último ciclo do curso médico, sem as disciplinas acadêmicas, feito com treinamento contínuo e com a supervisão docente em instituições de saúde, ligadas ou não a instituições de ensino superior (hospitais e centros de saúde).

Foi estabelecido como um de seus objetivos principais a formação do médico generalista que tenha capacidade de resolução, e criada uma comissão de internato com representantes das escolas, com a prerrogativa de verificar a aprendizagem uma avaliação final dos estudantes.

Essa Resolução valeu para o internato até 2001, ano em que foram publicadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina.

A Resolução, entre outras coisas, previa a interação multiprofissional e o aproveitamento das experiências estudantis em atividades resultantes da interação entre a escola médica e a comunidade.

Preconizava a obrigatoriedade de convênio entre a Instituição de Ensino Superior (IES) e os serviços de saúde pretendidos.

Essa Resolução, a única do internato até 2001, previa carga horária total de 35% do curso incluindo temas essenciais de clínicas médicas, cirurgia, ginecologia, obstetrícia, pediatria e saúde coletiva.

Em 2008, foi sancionada a Lei n. 11.788, que regulamenta os estágios curriculares. O seu artigo 10 estabelece jornada de até 40 horas semanais, desde que faça parte do projeto pedagógico e a IES.

Em 2013, foi publicada a Lei n. 12.871, que institui o programa Mais Médicos. Nesse programa, havia o intuito de aprimorar a formação médica no país. No capítulo III, são destacados alguns aspectos para o exercício do internato:

a) Ao menos 30% da carga horária total do internato médico na graduação deve ser desenvolvida na Atenção Básica em serviços de Urgência e Emergência do SUS. Essas atividades devem ser acompanhadas pelo médico.

b) A carga horária da Atenção Básica deve ser coordenada e voltada para a prova de conhecimentos de Medicina Geral, de família e da comunidade.

c) A jornada semanal de prática compreende plantões, que poderão atingir até 12 horas diárias.

Segundo alguns autores, desde 1998 há três tipos de internato: relativo, eletivo e integrado.

O tipo relativo ou rodízio é feito com atividades nas grandes áreas, influenciadas pelas especialidades: é o mais frequente usado nos cursos médicos do País, até hoje, e apresenta limitações: curta duração dos estágios, falta de continuidade e de integração programática entre as disciplinas componentes.

Ressalte-se que há um estudo realizado com 68 escolas do País, mostrando que 94% das escolas possuem internato estruturado em rodízio por áreas e que a maioria das escolas pesquisadas, em média 70%, permite que seus estudantes realizem parte do internato fora da instituição.

Mencione-se que, na década de 1980, surgiu o internato rural, com o objetivo de propiciar ao estudante de Medicina a oportunidade de manter contato entre a medicina e a sociedade rural e também estimular a fixação do futuro médico no interior dos Estados.

A escolha de dinâmicos dispositivos e instrumentos de avaliação devem traduzir o compromisso com a formação técnico-científica rigorosa, eticamente construída e com alta credibilidade.

José Carlos Prates
Professor Titular de Anatomia do Departamento de Morfologia
e Genética da Universidade Federal de São Paulo/EPM —
Vice-presidente da Academia de Medicina de São Paulo