

Implementação do internato longitudinal integrado em duas escolas médicas: a primeira experiência no Brasil

Implementation of the longitudinal integrated clerkship in two medical schools: the first experience in Brazil

Renan Gianotto-Oliveira¹ 

renan.oliveira09@gmail.com

João Carlos da Silva Bizário¹ 

joao.bizario@inspirali.com

Cecília Oliveira Barbosa Buck¹ 

cecilia.buck@animaeducacao.com.br

Valeria Menezes Peixeiro Machado¹ 

valeria.machado@inspirali.com

José Lúcio Martins Machado¹ 

jose.machado@animaeducacao.com.br

RESUMO

Introdução: O internato longitudinal integrado (*longitudinal integrated clerkship* – LIC) é um modelo que enfatiza a continuidade na relação entre estudantes, pacientes e preceptores. Diferentemente do modelo tradicional, que é estruturado em rotações curtas e focadas em especialidades específicas, o LIC proporciona uma experiência de aprendizado contínua e integrada. Essa abordagem permite aos estudantes uma imersão mais profunda e abrangente nas diversas áreas da medicina, de modo a promover o manejo de doenças crônicas, o cuidado preventivo e a compreensão das necessidades dos pacientes ao longo do tempo, o que fortalece a formação médica holística.

Relato de experiência: Este artigo relata a primeira implementação do LIC no Brasil, em duas escolas médicas privadas situadas em cidades paulistas de médio porte. Descrevem-se detalhadamente o planejamento curricular e as estratégias pedagógicas, como simulações clínicas semanais, discussões de casos e atividades teóricas integrativas. Houve participação ativa dos estudantes desde a etapa inicial de planejamento, respeitando as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014. O relato destaca os desafios logísticos e culturais enfrentados, assim como as adaptações feitas ao longo do processo.

Discussão: Observou-se que o LIC trouxe benefícios claros para a formação dos estudantes, como maior integração entre especialidades e níveis de atenção, fortalecimento da longitudinalidade do cuidado e desenvolvimento significativo de competências clínicas. Contudo, houve dificuldades associadas à resistência institucional, à complexidade organizacional e à garantia de exposição equilibrada às diferentes especialidades. Os resultados obtidos foram similares às experiências internacionais, reforçando a viabilidade e relevância desse modelo em contextos brasileiros semelhantes.

Conclusão: A experiência pioneira demonstra que o LIC é um modelo viável e promissor no Brasil, destacando a importância da flexibilidade curricular, do planejamento cuidadoso e do envolvimento constante dos estudantes para sua efetiva implementação.

Palavras-chave: Internato Médico; Aprendizagem na Prática; Currículo; Educação Médica.

ABSTRACT

Introduction: The Longitudinal Integrated Clerkship (LIC) is a model emphasizing continuity in relationships among students, patients, and preceptors. Unlike the traditional model structured into short rotations focused on specific specialties, the LIC provides a continuous and integrated learning experience. This approach allows students deeper and broader immersion in various medical fields, promoting chronic disease management, preventive care, and understanding patient needs over time, thus strengthening holistic medical education.

Experience Report: This article describes the first implementation of the LIC in Brazil, conducted at two private medical schools located in medium-sized cities in the state of São Paulo. It details curricular planning, pedagogical strategies such as weekly clinical simulations, case discussions, and integrated theoretical activities. Students participated actively from the initial planning phase, complying with the National Curriculum Guidelines of 2014. The report highlights logistical and cultural challenges faced, as well as adaptations made throughout the process.

Discussion: The implementation of the LIC demonstrated clear benefits for student education, such as greater integration among specialties and levels of care, strengthening continuity of care, and significant development of clinical competencies. However, there were difficulties related to institutional resistance, organizational complexity, and ensuring balanced exposure to different medical specialties. The results obtained were consistent with international experiences, reinforcing the feasibility and relevance of this model in similar Brazilian contexts.

Conclusion: This pioneering experience demonstrates that the LIC is a viable and promising model in Brazil, highlighting the importance of curricular flexibility, careful planning, and constant student involvement for effective implementation.

Keywords: Clinical Clerkship, Active Learning, curriculum, medical education.

¹ Inspirali, São Paulo, São Paulo, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz.

Editora associada: Simone Appenzeller.

Recebido em 12/07/2024; Aceito em 20/05/2025.

Avaliado pelo processo de double blind review.

INTRODUÇÃO

O cenário da educação médica tem experimentado uma constante evolução em busca de abordagens mais eficazes e centradas no paciente. Nesse contexto, os internatos longitudinais integrados (*longitudinal integrated clerkships* – LIC) destacam-se como uma inovação pedagógica significativa que propõe uma abordagem mais contínua e integrada ao ensino clínico, em contraste com os tradicionais rodízios em blocos isolados por especialidades. Esse modelo, originado na década de 1970 para enfrentar os déficits na força de trabalho médica rural nos Estados Unidos, rapidamente se expandiu por todo o mundo devido aos seus resultados positivos em formação médica e assistência ao paciente¹.

O LIC baseia-se em três princípios fundamentais: continuidade da relação com os pacientes, continuidade com os preceptores e integração curricular simultânea de múltiplas especialidades médicas ao longo do ano acadêmico^{1,2}. Ao contrário dos modelos tradicionais, em que os estudantes se envolvem superficialmente com os pacientes por curtos períodos, no LIC há a oportunidade de acompanhar a evolução dos pacientes ao longo do tempo e dos diferentes níveis de atenção à saúde, permitindo uma visão mais abrangente e longitudinal das condições médicas e sociais que impactam a saúde dos indivíduos e das comunidades³.

Diversas pesquisas internacionais apontam vantagens significativas desse modelo, incluindo o desenvolvimento mais robusto de habilidades clínicas, uma compreensão aprofundada das doenças crônicas e maior capacidade para cuidados preventivos e centrados no paciente⁴⁻⁷. Além disso, os estudantes participantes de LIC frequentemente relatam maior satisfação com sua formação médica, melhor desempenho em exames clínicos e desenvolvimento profissional mais completo, devido à qualidade dos relacionamentos estabelecidos com pacientes e preceptores^{2,8,9}. No entanto, apesar das vantagens relatadas, a implementação do LIC não é trivial e apresenta desafios específicos, incluindo a necessidade de uma reorganização curricular significativa, resistência institucional à mudança e dificuldades logísticas na distribuição dos estudantes em diversos ambientes clínicos ao mesmo tempo^{2,4,10}.

No Brasil, o modelo tradicional de internato em blocos prevalece amplamente nas escolas médicas, oferecendo ampla exposição, porém fragmentada e descontinua em relação ao paciente e aos processos de cuidado. Essa fragmentação muitas vezes limita a percepção do estudante sobre o impacto de suas intervenções ao longo do tempo e restringe sua compreensão do sistema de saúde como um todo. A introdução pioneira do LIC em duas escolas médicas privadas brasileiras, apresentada neste artigo, visa precisamente preencher essas lacunas, propondo uma mudança curricular inovadora com potencial

para proporcionar uma formação médica mais holística, contínua e integrada às reais necessidades da população e do sistema de saúde brasileiro.

Dessa forma, este artigo tem como objetivo descrever o processo de implementação do LIC nessas escolas, abordando os desafios enfrentados, as estratégias de sucesso empregadas e as lições aprendidas, na expectativa de contribuir para o fortalecimento e a expansão dessa abordagem inovadora no contexto educacional médico brasileiro.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Desenho do modelo de internato longitudinal integrado

Esse modelo de LIC foi desenhado para duas escolas de Medicina particulares que possuem um currículo integrado, com metodologias de ensino como Aprendizado Baseado em Equipes (*Team Based Learning* – TBL), Aprendizado Baseado em Problemas (*Problem-Based Learning* – PBL), autoavaliação e tutorias, além de práticas médicas nos ambientes clínicos do Sistema Único de Saúde desde o primeiro semestre do curso. Com o intuito de inovar o ensino médico, realizou-se um extenso estudo o funcionamento, as vantagens e os desafios do LIC a fim de montar um modelo que pudéssemos utilizar em duas escolas médicas da rede que até então não tinham turmas no internato.

O desenho foi de rotações longitudinais integradas, por semestre, para o quinto e o sexto ano do internato médico.

No quinto ano do internato, estabeleceram-se dois blocos integrados, cada um com duração de 18 semanas, com 40 horas semanais. A Figura 1 ilustra a semana típica dos blocos do quinto ano.

- Bloco I: Saúde da família e comunidade, urgência e emergência, simulação, discussão de caso e atividade teórica.
- Bloco II: Saúde do adulto (clínica médica/clínica cirúrgica), saúde do idoso, saúde mental, simulação, discussão de caso e atividade teórica.

No bloco I, os estudantes realizaram atividades práticas supervisionadas nas unidades básicas de saúde, na Estratégia Saúde da Família, nas unidades de pronto atendimento, no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e nos prontos-socorros.

No bloco II, os estudantes tinham atividades práticas supervisionadas em enfermarias de clínica médica, clínica cirúrgica, ambulatórios de clínica/cirurgia, unidade de terapia intensiva, Centros de Atenção Psicossocial (Caps), ambulatórios de psiquiatria e geriatria.

Em ambos os blocos, há três períodos fixos na semana em que o estudante realiza atividade presencial: simulação de urgência e emergência que ocorre no centro de simulação da escola de Medicina; discussão de casos clínicos vistos

Figura 1. Ilustração da semana típica dos blocos I e II, referentes ao quinto ano do internato longitudinal integrado.

5º Ano: Bloco I					
Período/Dias	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Urgência e Emergência	Saúde da Família e Comunidade	Urgência e Emergência	Simulação	Saúde da Família e Comunidade
Tarde	Urgência e Emergência	Saúde da Família e Comunidade	Urgência e Emergência	Discussão de caso	Atividade teórica

5º Ano: Bloco II					
Período/Dias	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Saúde do adulto	Saúde do adulto	Saúde do adulto	Saúde do adulto	Saúde do adulto
Tarde	Simulação	Saúde mental	Saúde do Idoso	Discussão de caso	Atividade teórica

Fonte: Elaborada pelos autores.

nas atividades práticas; e atividade teórica relacionada às áreas em que o discente está rodando. A discussão de casos clínicos e a atividade teórica são realizadas em sala de aula da escola de Medicina.

A simulação clínica ocorria semanalmente, com duração de quatro horas, e era focada em casos clínicos de urgência e emergência. Essas sessões eram realizadas no centro de simulação da escola, utilizando manequins de alta fidelidade e/ou atores treinados, proporcionando cenários realistas e imersivos. Em cada encontro, eram abordados, em média, de dois a quatro casos clínicos, contemplando situações relacionadas às áreas de clínica médica, cirurgia geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia. As simulações tinham como objetivo desenvolver habilidades clínicas essenciais, raciocínio rápido, comunicação eficaz e trabalho em equipe, reforçando o aprendizado prático e preparando os estudantes para os desafios da vida profissional.

As discussões de casos aconteciam semanalmente, com duração média de três a quatro horas, sendo conduzidas pelos professores a partir dos casos reais observados pelos estudantes durante o internato. Quando se identificavam assuntos que necessitavam de maior aprofundamento, os docentes selecionavam artigos científicos para serem debatidos em encontros subsequentes, de modo a estimular

o pensamento crítico e a atualização baseada em evidências. Paralelamente, as atividades teóricas combinavam aulas expositivas dialogadas com o uso de uma plataforma *online*, que disponibilizava conteúdos abrangentes, incluindo temas fundamentais cobrados em provas de residência médica, questões comentadas e provas completas de anos anteriores. Esse conjunto de estratégias visava não apenas complementar a formação clínica dos estudantes, mas também prepará-los para desafios acadêmicos futuros, como os processos seletivos para especialização.

Para o sexto ano, estabeleceram-se também dois blocos, distribuídos ao longo do ano, com durações diferentes: bloco III com duração de 27 semanas, com 40 horas semanais; e bloco IV com duração de nove semanas, com 40 horas semanais. A Figura 2 ilustra a semana típica dos blocos do sexto ano.

- Bloco III: Saúde da mulher, saúde da criança, saúde da família e comunidade, simulação, discussão de caso e atividade teórica.
- Bloco IV: Estágio eletivo.

No bloco III, os estudantes realizaram atividades práticas supervisionadas no centro obstétrico, na sala de parto, no alojamento conjunto, na enfermaria de puerpério, na enfermaria de pediatria, nas cirurgias ginecológicas, no ambulatório de

Figura 2. Ilustração da semana típica dos blocos III e IV, referentes ao sexto ano do internato longitudinal integrado.

6º Ano: Bloco III					
Período/Dias	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Saúde da Família e Comunidade	Saúde da Mulher	Simulação	Saúde da Criança	Saúde da Mulher
Tarde	Saúde da Família e Comunidade	Saúde da Mulher	Atividade teórica	Saúde da Criança	Discussão de caso

6º Ano: Bloco IV					
Período/Dias	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Eletivo	Eletivo	Eletivo	Eletivo	Eletivo
Tarde	Eletivo	Eletivo	Eletivo	Eletivo	Eletivo

Fonte: Elaborada pelos autores.

ginecologia, no ambulatório de pediatria, no pronto-socorro obstétrico, no pronto-socorro pediátrico, nas unidades básicas de saúde e na Estratégia Saúde da Família.

No bloco IV, os estudantes escolheram atividades em campos externos, como estágio eletivo, sendo necessário comprovar a carga horária semanal de 40 horas. No bloco III, os estudantes também realizaram as atividades presenciais fixas semanais (simulação, discussão de caso e atividade teórica), como mencionado anteriormente.

O modelo de avaliação durante o internato foi multifacetado, tentando incluir aspectos somativos, formativos, com peso maior nas atividades práticas do que para as atividades teóricas. As ferramentas de avaliação incluíram:

- *Avaliação teórica*: Realizada ao final do semestre, abrangendo todo o conteúdo visto ao longo desse período; 60 questões.
- *Escore global de desempenho*: Realizado ao longo das rotações pelos preceptores que forneciam *feedback/feedforward*.
- *Miniexercício Clínico Avaliativo (Mini Clinical Evaluation Exercise – Mini-CEX)*: Realizado ao longo das rotações pelos preceptores, seguindo modelo original adaptado, com *feedback/feedforward*.

Implementação do modelo de internato longitudinal integrado

Apresentou-se do modelo para os coordenadores de curso e os coordenadores de internato para estudar a viabilidade e definir as parcerias de locais de atuação prática dos estudantes. Houve certa dificuldade para sensibilizar os campos de prática para esse novo modelo, já que estavam acostumados com o modelo tradicional em que os estudantes são fixos durante todos os dias da semana, por cinco a sete semanas. Mas, ao distribuímos os discentes pelos dias, conseguimos fazer com que os campos de prática se ocupassem sempre com os internos na maior parte dos períodos da semana.

Os estudantes foram envolvidos ativamente desde a fase inicial de planejamento da implementação do LIC. No quarto ano do curso, fez-se uma apresentação prévia da proposta para as turmas, seguida de reuniões específicas com representantes estudantis, contando com aproximadamente dez alunos por turma, para mostrar em detalhes o modelo proposto, ouvir opiniões, esclarecer dúvidas e ajustar expectativas. Durante esses encontros, foi ressaltado que se tratava de um modelo-piloto, sujeito a ajustes contínuos com base na experiência prática. Ademais, garantiu-se a observância da carga horária mínima prevista pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)

de 2014 para as áreas de medicina de família e comunidade e medicina de emergência. Ao longo da implementação, realizaram-se reuniões regulares com os representantes das turmas para monitorar continuamente a percepção dos estudantes quanto ao modelo adotado, identificar pontos positivos e enfrentar desafios identificados durante o processo.

As duas escolas médicas que participaram da implementação do LIC estão localizadas em cidades de médio porte do estado de São Paulo, com populações aproximadas de 423 mil e 697 mil habitantes, que fazem parte do Programa Mais Médicos. A escolha dessas localidades é relevante, pois cidades de médio porte apresentam contextos particulares em relação à disponibilidade de serviços de saúde, diversidade de cenários clínicos e desafios operacionais específicos. Essas características permitiram aos estudantes experimentar diferentes níveis de atenção à saúde, integrando o ensino com as necessidades locais das comunidades. Essa contextualização é fundamental para interpretar adequadamente os resultados e a viabilidade da implementação do LIC em ambientes semelhantes no país.

Percepção dos estudantes sobre o modelo de internato longitudinal integrado

Durante o internato, aplicaram-se questionários para avaliar a percepção dos estudantes sobre o modelo, com perguntas fechadas e abertas, todas de forma anônima. Um dos pontos frágeis do modelo refere-se ao fato de que não se permite, de forma uniforme, a vivência da rotina da unidade básica de saúde, visto em que cada dia é realizado um tipo de atendimento (visita domiciliar, pré-natal, puericultura, saúde do adulto, saúde do idoso, saúde da criança, saúde mental, reuniões de equipe, entre outros). A mudança do ambiente também foi apontada como uma dificuldade: por exemplo, em um dia da semana, os discentes estavam no atendimento ambulatorial de medicina de família que é, de certa forma, mais controlado; no dia seguinte, precisavam mudar o *mindset* para o atendimento de urgência e emergência no pronto atendimento que exige pensamento mais rápido em um ambiente mais imprevisível. Outro ponto de insatisfação com esse modelo foi que, no último ano de graduação, não havia rotação de clínica médica e urgência e emergência, áreas importantes para um egresso de Medicina que muito provavelmente irá trabalhar em pronto atendimento adulto.

Contudo, apontou-se que a integração, em uma mesma semana, entre saúde da criança e da mulher foi uma ótima experiência. Isso proporcionou uma vivência integrativa dessas duas áreas, pois abordavam pré-natal, parto, pós-parto e puericultura. Tal integração permitiu que os estudantes percebessem a importância de cada área e tivessem a visão da longitudinalidade do cuidado e da codependência dos

diferentes níveis de atenção (primário, secundário e terciário). Ou seja, acompanhavam a gestante desde o pré-natal e poderiam participar do parto, do cuidado pós-parto e depois dos atendimentos do recém-nascido.

Outro aspecto positivamente destacado pelos estudantes foi a atividade semanal obrigatória de simulação clínica em urgência e emergência. Essa atividade ocupava um período da semana típica do internato (aproximadamente quatro horas), tendo em média de dois a quatro casos por dia. Os temas eram relacionados à clínica médica, cirurgia geral, pediatria e ginecologia e obstetrícia. As simulações ocorriam no centro de simulação da escola utilizando manequins e atores treinados, o que proporcionava realismo e efetividade ao aprendizado prático. Os discentes relataram que essa atividade contribuiu significativamente para o desenvolvimento de habilidades clínicas essenciais, a capacidade de decisão sob pressão e a comunicação eficaz com pacientes e equipes de saúde, de modo a fortalecer preparação deles para a prática profissional.

DISCUSSÃO

Este relato de experiência descreve a implementação de um modelo de LIC em duas escolas particulares de Medicina, que se iniciou em 2022. Como até o momento não encontramos registros de LIC em escolas de Medicina no Brasil, essa é a primeira experiência no país. Demarzo et al.¹¹ da Universidade Federal de São Carlos apresentam uma proposta de internato longitudinal tendo como eixo estruturante a clínica da atenção básica, porém não encontramos evidências de que esse modelo tenha sido executado. A implementação do nosso modelo de LIC em duas escolas médicas particulares brasileiras apresenta um contraste marcante com o modelo tradicional de rodízios por blocos. As evidências sugerem que o LIC favorece o desenvolvimento de competências clínicas aprofundadas, uma maior centralização no paciente e um entendimento mais robusto do sistema de saúde^{1,12}. Em comparação com os rodízios tradicionais, que tendem a fragmentar a experiência educacional, o LIC oferece uma abordagem mais holística e contínua tanto para estudantes quanto para pacientes^{2,13}. A iniciativa brasileira aqui descrita apresenta importantes paralelos às experiências internacionais já documentadas sobre LIC, que podem contribuir para futuras implementações nacionais¹⁴.

As vantagens dos LIC na educação médica são substanciais e variadas. Nossos resultados destacam diversas vantagens observadas também em outros estudos internacionais. Os estudantes participantes do LIC demonstraram maior satisfação com a continuidade do aprendizado e a possibilidade de construir relações mais significativas com pacientes e preceptores, achado

consistente com estudos anteriores realizados nos Estados Unidos, no Reino Unido e na Austrália, que destacam esses aspectos como benefícios-chave do LIC^{2,5,4}. Ao compararmos o desempenho do Teste de Progresso individual dessas duas escolas em que se implantou o LIC com os outros dez cursos que utilizam o internato em blocos, observamos que o desempenho das duas escolas foi superior, embora não significativo estatisticamente. Esses achados tendem a se assemelhar a estudos internacionais que frequentemente mostram desempenho acadêmico similar ou superior em estudantes de LIC quando comparados aos discentes em rodízios tradicionais³.

Do ponto de vista organizacional, os LIC facilitam uma abordagem mais integrada à educação médica, promovendo uma comunicação melhorada entre os níveis de atenção e entre as diferentes especialidades¹⁵. Nossos alunos relataram como ponto positivo a integração do estágio de saúde da família, saúde da mulher e saúde da criança. Ou seja, eles conseguiam acompanhar a gestante no pré-natal, no parto e depois na puericultura do recém-nascido. Isso contribui para a perceber os diferentes níveis de saúde e a integração deles. Essa integração é fundamental para construir equipes de saúde coesas e adaptar-se às necessidades de saúde em evolução. Tal integração permitiu uma visão mais holística e longitudinal do cuidado em saúde, um ponto também enfatizado por Brown et al.³ e Couper et al.⁸ que destacam a relevância das continuidades contextuais e a responsabilidade compartilhada no desenvolvimento da identidade profissional dos estudantes ao longo do LIC. Outro achado relevante refere-se ao impacto comunitário potencial. Estudantes expostos ao LIC demonstraram maior percepção das necessidades locais e capacidade ampliada para oferecer cuidados direcionados e adaptados às realidades das comunidades atendidas, corroborando os achados da literatura¹⁶.

Contudo, a implementação do LIC no contexto brasileiro enfrentou desafios significativos. Apesar das vantagens, os LIC também apresentam vários desafios que precisam ser abordados para sua implementação e sustentabilidade bem-sucedidas^{12,13,17}. Um dos principais desafios identificados em nossa implementação foi a resistência institucional e cultural dos preceptores e professores às mudanças no modelo pedagógico. Essas pessoas foram formadas por um modelo tradicional, e aquelas que já trabalham com educação sempre adotaram o modelo de internato em blocos. Realizaram-se diversas reuniões e encontros para explicar o funcionamento do LIC e seus objetivos. Para sensibilizar esses profissionais, apresentou-se a experiência de escolas renomadas internacionalmente, como as universidades de Harvard e Duke, que utilizam esse modelo de internato¹⁸. Outro ponto desafiador, especialmente

para a coordenação de internato, foi a organização dos locais de prática, que frequentemente exigem recursos substanciais e imprevistos. Tais dificuldades entre instituição e campos de prática refletiu de maneira negativa para os estudantes e professores devido às mudanças constantes. Essa dificuldade pode não ser evidente em escolas públicas que possuem hospital universitário e ambulatório próprios.

Nesse modelo, há a preocupação com a garantia de uma exposição equilibrada a todas as especialidades médicas, particularmente em áreas de alta complexidade, em que o contato do estudante pode ser mais esporádico em comparação com o modelo de blocos^{4,6,19}. Ao montarmos esse modelo de internato longitudinal, tivemos o cuidado de distribuir os estudantes nos diferentes níveis de cuidado (primário, secundário e terciário) e em diferentes campos de prática (ambulatorial, urgência e emergência, hospitalar e atenção primária). Nossa ênfase, todavia, foi em atenção primária por meio da atuação dos alunos nos campos de Estratégia Saúde da Família e urgência e emergência, nos prontos-socorros hospitalares e nas unidades de pronto atendimento. Garantir uma exposição adequada e balanceada permanece um desafio essencial para a sustentabilidade e eficácia educacional dos LIC^{8,17}.

Um dos pilares fundamentais da nossa proposta pedagógica é preparar os estudantes para os desafios da vida profissional. Nesse contexto, incluímos no LIC uma atividade semanal de simulação clínica, com foco especial em situações de urgência e emergência. Os cenários simulados englobam tanto condições médicas de alta prevalência, tais como síndrome coronariana aguda, sepse, cefaleia, politrauma, pré-eclâmpsia, pneumonia, bronquiolite e parada cardiorrespiratória, quanto situações clínicas menos frequentes, porém críticas, nas quais uma ação rápida e precisa pode determinar o desfecho do paciente, como crise tireotóxica, síndrome da cauda equina e neutropenia febril. Adicionalmente, as simulações incluem o desenvolvimento de competências essenciais, como comunicação efetiva com pacientes e equipes de saúde, prescrição médica segura, elaboração correta de atestados de óbito e técnicas adequadas para passagem de casos entre profissionais, promovendo assim uma formação médica completa e alinhada às demandas reais da prática clínica contemporânea²⁰.

Em suma, a implementação pioneira do LIC em duas escolas médicas particulares brasileiras demonstra que é viável diversificar os modelos de internato médico disponíveis no país, ampliando as opções pedagógicas na formação médica. É importante salientar que tanto o internato tradicional quanto o longitudinal integrado possuem vantagens e limitações próprias, e a escolha de um modelo ou outro dependerá do

contexto institucional, das necessidades locais e dos objetivos educacionais específicos. A experiência relatada aqui deixa claro que, apesar dos desafios e das resistências naturais às mudanças, é plenamente possível realizar a implementação do LIC no Brasil, de modo a enriquecer o cenário educacional médico nacional com novas perspectivas e oportunidades para estudantes, docentes e comunidades. Essa iniciativa reforça a importância da flexibilidade curricular e institucional, a fim de estimular futuras experiências e estudos comparativos que contribuam para a constante melhoria da formação médica brasileira.

CONCLUSÃO

A experiência relatada neste estudo evidencia que a implementação pioneira do LIC em duas escolas médicas brasileiras é uma iniciativa promissora e factível, capaz de ampliar o espectro de possibilidades curriculares na educação médica do país. Os resultados encontrados reforçam que, apesar dos desafios institucionais, culturais e logísticos enfrentados, o LIC apresenta benefícios importantes na formação médica, especialmente em relação à continuidade do cuidado, à abordagem centrada no paciente e à integração curricular. Essa iniciativa ressalta a importância do planejamento cuidadoso, da comunicação transparente e da flexibilidade institucional para superar obstáculos. Por fim, espera-se que essa experiência possa incentivar outras escolas médicas a explorar modelos inovadores de internato, promovendo uma formação médica ainda mais sintonizada com as necessidades contemporâneas da saúde e da sociedade brasileira.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Renan Gianotto-Oliveira participou da conceptualização, coordenação e implantação do estudo, da análise dos resultados e da redação do manuscrito. João Carlos da Silva Bizário participou da conceptualização, coordenação, orientação e supervisão do estudo, da análise dos resultados e da redação do manuscrito. Cecilia Oliveira Barbosa Buck e Valeria Menezes Peixeiro Machado participaram da execução do estudo, da análise dos resultados e da redação do manuscrito. José Lúcio Martins Machado participou da conceptualização, orientação e supervisão do estudo, da análise dos resultados e da redação do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

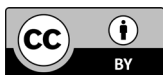
DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Os dados de pesquisa estão disponíveis no corpo do documento.
Research data is available in the body of the document.

REFERÊNCIAS

1. John J, Brown ME. The impact of longitudinal integrated clerkships on patient care: a qualitative systematic review. *Educ Prim Care*. 2022;33:137-47.
2. Richards E, Elliott L, Jackson B, Khan T, Doyle R, Moore A, et al. Longitudinal integrated clerkship evaluations in UK medical schools: a narrative literature review. *Educ Prim Care*. 2022;33:148-55.
3. Brown MEL, Whybrow P, Kirwan G, Finn GM, Kellett J, Tiffin PA, et al. Professional identity formation within longitudinal integrated clerkships: a scoping review. *Med Educ*. 2021;55:912-24.
4. Walters L, Greenhill J, Richards J, Ward H, Campbell N, Ash J, et al. Outcomes of longitudinal integrated clinical placements for students, clinicians and society: outcomes of longitudinal integrated clinical placements. *Med Educ*. 2012;46:1028-41.
5. Hirsh D, Gauffberg E, Ogur B, Cohen P, Krupat E, Pelletier S, et al. Educational outcomes of the Harvard Medical School-Cambridge Integrated Clerkship: a way forward for medical education. *Acad Med*. 2012;87:643-50.
6. Brown ME, Anderson K, Finn GM. A narrative literature review considering the development and implementation of longitudinal integrated clerkships, including a practical guide for application. *J Med Educ Curric Dev*. 2019;6:2382120519849409.
7. O'Regan A, O'Doherty J, Green J, Hannigan A, Horgan M, O'Flynn S, et al. Symbiotic relationships through longitudinal integrated clerkships in general practice. *BMC Med Educ*. 2022;22:64.
8. Couper I, Coetzee F, Van Schalkwyk S. Longitudinal integrated clerkships: reframing assessment conventions. *Med Educ*. 2021;55:636.
9. Gheihman G, Callahan DG, Onyango J, Rittenberg E, Schwartzstein R, Ogur B, et al. Coproducing clinical curricula in undergraduate medical education: student and faculty experiences in longitudinal integrated clerkships. *Med Teach*. 2021;43:1267-77.
10. Poncelet A, Bokser S, Calton B, Hauer KE, Lai CJ, Jones T, et al. Development of a longitudinal integrated clerkship at an academic medical center. *Med Educ Online*. 2011;16:5939.
11. Demarzo MMP, Fontanella BJB, Melo DG, Ventura CAA, Andreoli PB, Nunes MHR, et al. Internato longitudinal. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34:430-7.
12. Hirsh DA, Ogur B, Thibault GE, Cox M, Poncelet AN, Wilkerson L, et al. "Continuity" as an organizing principle for clinical education reform. *N Engl J Med*. 2007;356:858-66.
13. Norris TE, Schaad DC, DeWitt D, Ogur B, Hunt DD, Poncelet AN, et al. Longitudinal integrated clerkships for medical students: an innovation adopted by medical schools in Australia, Canada, South Africa, and the United States. *Acad Med*. 2009;84:902-7.
14. Mazotti LA, Adams JE, DeWitt DE. A value analysis of longitudinal integrated clerkships: consideration of costs and benefits. *Educ Prim Care*. 2024;35:130-6.
15. Ogur B, Hirsh D. Learning through longitudinal patient care – narratives from the Harvard Medical School-Cambridge Integrated Clerkship. *Acad Med*. 2009;84:844-50.
16. Dodsworth A, Munro K, Alberti H, Stanley P, Sheehan D, Elhassan H, et al. Patient outcomes in a longitudinal integrated clerkship: a systematic literature review. *Med Educ*. 2023;57:820-32.
17. Moya-Mendez ME, Thornton S, Rhodin KE, Arnett JL, Reines HD, Lehmann LS, et al. Longitudinal integrated clerkships and undergraduate surgical education: a scoping review and gap analysis. *J Surg Educ*. 2024;81:367-72.
18. LIC Programs [Internet]. CLIC – Consortium of Longitudinal Integrated Clerkships; [cited 2024 Jan 28]. Available from: <https://clicmeded.com/lic-programs/>

19. Greenhill J, Fielke KR, Richards JN, Walters L, Ward H, Campbell N, et al. Towards an understanding of medical student resilience in longitudinal integrated clerkships. *BMC Med Educ.* 2015;15:137.
20. Motola I, Devine LA, Chung HS, Sullivan JE, Issenberg SB, Kaye W, et al. Simulation in healthcare education: a best evidence practical guide. *AMEE Guide No. 82. Med Teach.* 2013;35:e1511-e1530.



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