

# Vivência integrada na comunidade:

## inserção longitudinal no Sistema de Saúde como estratégia de formação médica

Ana Luiza de Oliveira e Oliveira<sup>(a)</sup>  
 Lucas Pereira de Melo<sup>(b)</sup>  
 Tiago Rocha Pinto<sup>(c)</sup>  
 George Dantas de Azevedo<sup>(d)</sup>  
 Marcelo dos Santos<sup>(e)</sup>

### Introdução

Em consonância com a Constituição Federal de 1988<sup>1</sup>, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil vem acompanhando uma série de transformações na tentativa de reorientar a formação dos profissionais da Saúde. A partir de então, tem-se observado desafios para o governo brasileiro na tentativa de reformulação do modelo de Atenção à Saúde com base nos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) e na implementação de programas educacionais orientados para uma formação generalista e que apresente a APS como eixo estruturante da prática profissional<sup>2</sup>. O presente artigo apresenta uma experiência de inserção longitudinal do estudante de medicina no SUS no interior do Rio Grande do Norte (RN) e, por isso, soma-se ao conjunto de iniciativas de formação médica em curso no país. Teve-se como objetivo relatar a experiência de planejamento pedagógico, pactuação com a rede de Saúde dos municípios envolvidos e os desdobramentos do módulo Vivência Integrada na Comunidade (VIC), oferecido do 2º ao 8º semestres do curso de Medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas do RN, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM-UFRN).

Embora a APS tenha orientado a formulação das políticas de Saúde no Brasil, desde os anos 1990, somente em 2006 é colocada como uma política de Estado com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reformulada em 2011<sup>3</sup>. Dentre os obstáculos para a consolidação da APS no país, destaca-se a carência de médicos para atuar nesse nível de atenção de forma efetiva e eficiente, em especial nas regiões Norte e Nordeste. De acordo com Scheffer et al.<sup>4</sup>, apesar do aumento significativo do número de médicos, que vem ocorrendo desde os anos 1970, permanece a distribuição desigual, principalmente em relação à capital, ao interior e ao tamanho dos municípios brasileiros. Portanto, pode-se afirmar que a coexistência de áreas com hiperconcentração e com escassez de médicos impede, em última instância, a efetivação dos princípios e doutrinas que orientam o SUS, notadamente quando pensamos na universalidade, na integralidade e no acesso à saúde.

Todavia, cumpre destacar que, no Brasil, a dificuldade de fixação de profissionais médicos fora de capitais e grandes centros urbanos não é resultado

Rafael Barros Gomes da  
 Câmara<sup>(f)</sup>  
 Pâmara Medeiros da  
 Costa<sup>(g)</sup>  
 Ádala Nayana de Sousa  
 Mata<sup>(h)</sup>

<sup>(a,b,c,d,e,f,g,h)</sup> Escola Multicampi de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Avenida Dr. Carlindo de Souza Dantas, 540, 2º andar, sala 204. Centro. Caicó, RN, Brasil. 59300-000. aluloli@gmail.com; lpmelo@ufrnet.br; tiagorp@emcm.ufrn.br; georgedantas.faimer@gmail.com; msantos\_bio@yahoo.com.br; rafael\_bgc@yahoo.com.br; pameramedeiros@yahoo.com.br; adalamata@gmail.com

apenas do número de profissionais existentes no país. O local onde se oferece a formação profissional é um fator importante, uma vez que há uma lacuna de instituições de ensino superior (IES), públicas ou privadas, em áreas remotas ou de difícil acesso no país. Esse problema tem sido foco de diversos programas e políticas desenvolvidas nos últimos vinte anos, sendo o Programa Mais Médicos (PMM)<sup>5</sup>, criado em 2013, a iniciativa governamental mais recente para o enfrentamento desse problema.

O PMM consiste em um amplo pacto de melhoria de atendimento aos usuários do SUS e de tentativa de aumentar a razão de médicos – de 1,8 para 2,7 médicos por mil habitantes – até o ano de 2026, em todo o Brasil. O PMM está estruturado em três eixos: i) provimento médico emergencial; ii) investimento na infraestrutura da rede de serviços básicos de Saúde; e iii) formação médica (graduação e programas de residência). É válido ressaltar que a região Nordeste é prioritária no provimento e fixação de profissionais, dada a razão de 1,32 médico por mil habitantes e a constatação de que cerca de 80% desses profissionais desempenham sua prática nas capitais, tornando o interior um ambiente com elevado índice de escassez profissional<sup>4</sup>.

Nesse sentido, os cursos de Medicina existentes – bem como aqueles originados no contexto da expansão e interiorização de novas vagas – viram-se diante da necessidade de rever seus currículos, estratégias pedagógicas e cenários de prática. O desafio se colocou em diversas instâncias, que envolveram a integração entre disciplinas e áreas dos cursos, a incorporação de métodos de ensino-aprendizagem centrados nos estudantes e a busca por uma maior integração com equipamentos sociais, serviços de Saúde e comunidade em geral<sup>6-9</sup>.

Associado à publicação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de graduação em Medicina<sup>10</sup>, o PMM abriu caminhos para que propostas inovadoras nos currículos e no processo ensino-aprendizagem fossem desenvolvidas na busca por uma formação médica generalista, humanista e reflexiva. A experiência pedagógica e de integração ensino-serviço-comunidade (IESC) relatada neste artigo é resultado desse contexto político-educacional mais amplo. Para tanto, é apresentada uma caracterização geral da EMCM-UFRN e, em seguida, da VIC como estratégia de inserção longitudinal do estudante de Medicina no SUS, além dos processos de pactuação com a gestão municipal e trabalhadores da Saúde. Por fim, são elencados alguns desdobramentos desta audaciosa e frutífera proposta.

## Metodologia

Trata-se de relato de experiência acerca do módulo VIC, um componente curricular obrigatório desenvolvido na EMCM-UFRN. A implementação da VIC seguiu as seguintes etapas no ano de 2015 e no primeiro semestre de 2016: planejamento pedagógico e elaboração de manual de atividades para estudantes, supervisores, preceptores e gestores; pactuação com a gestão municipal e trabalhadores da saúde; e avaliação dos desdobramentos da VIC na formação do estudante de Medicina e na qualificação da rede de Saúde.

Nessa perspectiva, segue um relato de experiência que se apresenta como modelo de intervenção e desfecho<sup>11</sup> acerca do modo como a VIC foi construída e como pôde reverberar novas propostas de inserção longitudinal na formação do estudante de Medicina da EMCM-UFRN. Assim, faremos um percurso narrativo que se desenvolve a partir do contexto institucional indo ao encontro dos desdobramentos alcançados pela VIC até o ano de 2016.

### O contexto

O contexto institucional no qual a experiência pedagógica objeto deste artigo tem sido conduzida é a EMCM-UFRN. Essa unidade acadêmica foi criada a partir da expansão de vagas em cursos de Medicina impulsionada pela Portaria MEC/SESU nº 109, de 5 de junho de 2012 e, a partir de 2013, também pelo PMM. Além disso, a EMCM-UFRN se coaduna com o conjunto de ações para interiorização das IES federais, que teve início com o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), instituído pelo Governo Federal por meio do Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007<sup>12</sup>.

Desde a instituição do Reuni, a UFRN tem se destacado por sua presença no interior do RN, o que possibilitou fortalecer e reestruturar as unidades existentes e a criação de novas unidades. Dada sua natureza *multicampi*, a EMCM-RN envolve os *campi* de Santa Cruz, Currais Novos e Caicó, sendo este último município de sua sede administrativa. O curso de graduação em Medicina teve início em 25 de julho de 2014, com a proposta de formar médicos na rede de Saúde do interior, priorizando a vinculação do estudante à realidade social e de saúde da população com alinhamento de qualificada formação técnico-científica, ética e humanística. Para tanto, é missão da EMCM-UFRN o respeito à autonomia do estudante cadenciada por metodologias ativas de aprendizagem<sup>13</sup>, que permitam a compreensão do processo de produção, expressão e apreensão do conhecimento dentro de uma perspectiva de transformação da realidade.

Para além da formação profissional e sob o preceito da responsabilidade social, a UFRN instituiu em toda a universidade o Argumento de Inclusão Regional (AIR) por meio da Resolução nº 177-Consepe, de 12 de novembro de 2012, como forma de favorecer a vinculação do egresso à região na qual está sendo formado. O AIR é utilizado no Sistema de Seleção Unificada (Sisu) mediante um acréscimo de 20% na nota do candidato no processo seletivo. Têm direito ao AIR os candidatos que tiverem concluído o ensino fundamental e cursado todo o ensino médio em escolas regulares e presenciais das microrregiões onde se localizam as cidades com *campus* da UFRN no interior do estado (excluída a região metropolitana de Natal) ou em todas as microrregiões vizinhas, de acordo com a definição do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>14</sup>. A partir da implementação dessa política, atualmente, cerca de 67,5% dos estudantes do curso de Medicina da EMCM-UFRN são oriundos de municípios do sertão potiguar e paraibano.

Ademais, o projeto pedagógico do curso (PPC) está construído com base no desenvolvimento de competências por meio da utilização de um planejamento integrado do currículo e do emprego de métodos de ensino-aprendizagem centrados nos estudantes, principalmente a aprendizagem baseada em problemas (ABP) e a IESC. O PPC tem como eixos pedagógicos estruturantes o ensino tutorial, as habilidades clínicas, morfofuncionais e de comunicação e a IESC, em consonância com as DCNs<sup>10</sup>.

Nesse contexto, foi instituída uma estratégia para permitir que os estudantes conheçam, compreendam e atuem na rede de Saúde de seu município de origem ou em municípios da região na qual a EMCM-UFRN está inserida. A estratégia pedagógica não se limitou a uma imersão pontual e descontínua nos equipamentos de saúde, mas sim em oportunizar uma inserção longitudinal no SUS, desde os anos iniciais do curso. Como descrito a seguir, essa estratégia pedagógica é o componente curricular VIC.

### O módulo VIC: uma experiência de inserção longitudinal do estudante no SUS

Partindo da concepção nietzschiana de “vivência” como uma possibilidade para quem vive uma experiência singular de se tornar o que é<sup>15</sup>, o módulo VIC tem o intuito de proporcionar uma experiência de aprendizagem no SUS, ao longo dos quatro primeiros anos do curso de Medicina, a fim de promover aprendizados técnico-científicos, humanos e éticos para os estudantes.

O módulo VIC é um componente curricular obrigatório, com 120 horas/aula, oferecido do segundo ao oitavo semestre do curso de Medicina, totalizando 840 horas<sup>6)</sup>. Cada módulo semestral tem duração de quatro semanas e os grupos

<sup>6)</sup> As atividades do módulo VIC terão continuidade com os internatos obrigatórios do quinto e sexto anos, notadamente com os rodízios das áreas de “Medicina de Família e Comunidade” e “Urgência e Emergência”.

de estudantes são organizados de acordo com a capacidade da rede dos municípios envolvidos de recebê-los. Atualmente, quarenta estudantes da primeira, quarenta estudantes da segunda e quarenta estudantes da terceira turma do curso são recebidos em períodos distintos pelos municípios de Caicó, Currais Novos e Santa Cruz, onde permanecem durante um mês vivenciando a rede de Saúde em seus três níveis de Atenção.

O perfil socioeconômico, as características do Sistema de Saúde e da prática profissional, bem como os indicadores de saúde dessa região se aproximam do conceito de Medicina rural defendido pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Nessa perspectiva, o eixo *multicampi* da EMCM se orienta pela expressão do rural “não necessariamente como sinônimo de agrícola [...] mas também de [...] áreas remotas e locais de difícil acesso”<sup>16</sup> (p. 144). Nesse sentido, pela logística de distribuição dos estudantes nesses municípios, o módulo VIC contempla, também, os requisitos para o desenvolvimento de competências voltadas para a Medicina rural.

Tal constatação pode, em um futuro próximo, contribuir para o aumento da fixação de médicos na região, conforme experiências exitosas como a formação médica na Northern Ontario School of Medicine, no Canadá, que aumentou exponencialmente a escolha pela Medicina de Família desde a implantação do modelo de inserção longitudinal na instituição<sup>17</sup>.

Nessa perspectiva, a aproximação com a comunidade ganha contornos mais robustos e a APS passa a ser efetivamente o eixo estruturante das atividades do módulo VIC. De acordo com as Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina<sup>18</sup>, apesar de o saber e o agir médico estarem centrados no aprendizado da clínica (raciocínio clínico e semiológico), é imperioso que tal aprendizado também se dê por meio do ensino na APS, de forma longitudinal ao longo do curso, de preferência com inserções significativas em cenários reais e a partir do trabalho. Com base nisso, ao longo dos módulos de VIC, ocorre o aumento progressivo da autonomia e da competência clínica do estudante, o que implica na inserção gradativa nos serviços de Saúde dos três níveis de atenção do SUS. Assim, ao final da sétima vivência, espera-se que o estudante apresente, na prática e teoricamente, competências que garantam maior autonomia e compromisso técnico, ético e resolutivo com o SUS.

A proposta original do módulo era que o estudante pudesse realizar a VIC no seu município de origem, desde que localizado em um raio de até 200km da sede do curso. Aqueles que fossem naturais de município que não atendessem esse critério seriam distribuídos entre Caicó, Currais Novos e Santa Cruz. No entanto, a partir da segunda turma ingressante no curso, a logística de operacionalização do módulo nesse formato se tornou inviável, haja vista o aumento do número de estudantes oriundos de municípios da região – resultado do AIR. Tal fato levou a coordenação do curso a manter os estudantes distribuídos nos três *campi* da EMCM-UFRN.

Como apresentado na Tabela 1, Caicó, Currais Novos e Santa Cruz são municípios do interior do RN com população igual a, respectivamente, 67.747, 45.060 e 39.300 habitantes, segundo projeção demográfica do IBGE em 2016. Nos referidos municípios, os estudantes desenvolvem atividades em Unidades Básicas de Saúde (UBS) – local prioritário de permanência ao longo da VIC – e em equipamentos de Saúde da Atenção Secundária como centros de especialidades, Centro de Atenção Psicossocial (Caps), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) e Centros de Reabilitação Infantil e Adulto (CRI/CRA). Na Atenção Terciária, os estudantes vivenciam a realidade do serviço hospitalar de cada um dos municípios.

Tabela 1. Descrição do número de estudantes e equipamentos de Saúde por município que recebe o módulo de VIC

Município	Nº de estudantes	Nº de equipamentos de Saúde por nível de assistência		
		Atenção Primária	Atenção Secundária	Atenção Terciária
Caicó	54	12	8	2
Currais Novos	30	6	6	2
Santa Cruz	36	6	6	2
<b>TOTAL</b>	120	32	20	4

Além das atividades desenvolvidas no SUS, privilegiamos a intersetorialidade de ações em consonância com a prática do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e, assim, os estudantes inserem-se na realidade de trabalho do Centro de Referência de Assistência Social (Cras) e do Centro de Referência Especializado de Assistência (Creas).

As atividades acontecem em período integral e cada estudante está vinculado sempre à mesma UBS. As ações desenvolvidas nos outros níveis de atenção ou no Suas acontecem a partir da pactuação da coordenação do módulo com os equipamentos, adaptando a semana dos estudantes ao que o serviço oferece. Dessa forma, os estudantes são distribuídos semanalmente de modo a realizar um rodízio em suas atividades de acordo com a demanda de realidade. Já as instrumentalizações teóricas são realizadas nas sextas-feiras, em período integral, na sede da EMCM-UFRN.

Nas atividades práticas, cada estudante é acompanhado por preceptores de modo interprofissional, incluindo médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de Enfermagem e Odontologia, agentes comunitários de Saúde, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais dos diferentes níveis de atenção. O preceptor é entendido como profissional com importante papel na inserção e socialização do estudante nos equipamentos por possibilitar que este vivencie o cotidiano dos serviços, evidenciando o caráter formativo do trabalho. Essa estratégia da preceptoria interprofissional faz borrar, portanto, os limites entre os saberes e práticas próprias de cada profissão, garantindo espaços de trabalho e educação que mobilizem competências colaborativas em Saúde. Além dos preceptores, o papel das articuladoras municipais é fundamental. Fruto do prêmio InovaSUS 2015 – Gestão da Educação na Saúde, cada município conta com duas articuladoras que são profissionais da gestão ou da rede de Saúde. Elas são responsáveis por mapear os equipamentos de Saúde local e dialogar com profissionais de Saúde do município, além de pactuar a organização das VICs com a coordenação de seus módulos. As docentes coordenadoras do módulo, uma da área de Saúde Coletiva e uma da Medicina de Família e Comunidade, são responsáveis pela condução do planejamento geral (pedagógico e logístico), pactuação com os municípios e organização operacional do módulo.

Além disso, periodicamente, é feita a supervisão in loco por docentes do curso. Cada município possui de um a dois docentes responsáveis por oferecer suporte pedagógico, estimular o estudante no processo ensino aprendizagem de competências e ajudar na construção da autoconfiança em uma prática reflexiva<sup>17</sup>. O papel do supervisor é garantir o cumprimento do cronograma de atividades propostas tanto pela coordenação do módulo quanto pelo estudante; mediar, quando necessário, a relação do estudante com preceptores e serviços; e realizar diálogos com a rede e, em algumas situações, atividades práticas supervisionadas em hospitais e ambulatorios. Somado ao papel do supervisor encontra-se o docente tutor responsável pela leitura dos portfólios crítico reflexivo produzidos pelos estudantes ao longo da VIC. Assim, a ponte entre o que o estudante vivencia e seu processo de aprendizado pode ter um diálogo perene e produtivo.

Esse componente curricular está distribuído na matriz curricular de modo a contemplar às diferentes competências gerais e específicas do médico desenvolvidas ao longo da formação (Quadro 1). Atividades como territorialização; apoio matricial; projeto terapêutico singular; educação e trabalho interprofissional; atendimento individual; educação em Saúde e educação permanente; inquéritos e visitas domiciliares; controle social; entre outras, são realizadas de modo a produzir no estudante uma visão ampliada da Medicina. Além dessas atividades, os estudantes desenvolvem competências do núcleo duro da prática médica em consonância com o conhecimento adquirido durante sua formação. Assim, cada VIC possui objetivos de aprendizados próprios e que podem consolidar o processo de aprendizado do estudante durante sua formação.

Conforme exposto, durante a VIC, o estudante atua dentro de uma semana-padrão na qual são distribuídas atividades práticas e teóricas. No planejamento dessas atividades, são observados os conteúdos e habilidades já trabalhados nos diferentes módulos oferecidos naquele semestre, como forma de garantir a integração dos componentes curriculares e a consolidação das habilidades estabelecidas nas DCNs. As atividades teóricas envolvem a reflexão e a problematização das

**Quadro 1.** Distribuição semestral dos módulos de VIC na matriz curricular do curso de formação em Medicina da EMCM-UFRN

	I SEMESTRE				II SEMESTRE				
<b>Ano 1</b>	Introdução ao estudo da Medicina (4)*	Concepção e formação do ser humano (7)	Metabolismo (7)		<b>Vivência Integrada na Comunidade I</b> (4)	Funções biológicas (7)		Mecanismos de agressão e defesa (7)	
<b>Ano 2</b>	Nascimento, crescimento e desenvolvimento (4)	<b>Vivência Integrada na Comunidade II</b> (4)	Percepção, consciência e emoção (6)	Proliferação celular (4)	Dor (4)	<b>Vivência Integrada na Comunidade III</b> (4)	Febre, inflamação e infecção (6)	Diarreia, vômito e icterícia (4)	
<b>Ano 3</b>	Saúde sexual e reprodutiva (8)	<b>Vivência Integrada na Comunidade IV</b> (4)	Problemas mentais e do comportamento (4)	Locomoção (3)	Pele (4)	Envelhecimento e Saúde (4)	<b>Vivência Integrada na Comunidade V</b> (4)	Saúde da criança (6)	
<b>Ano 4</b>	Fadiga, perda de sangue e anemia (6)	Dispneia, dor torácica e edema (6)	<b>Vivência Integrada na Comunidade VI</b> (4)	Ambiente e Saúde (3)	Distúrbios sensoriais, motores e da consciência (4)	Desordens nutricionais e metabólicas (4)	Emergências (4)	<b>Vivência Integrada na Comunidade VII</b> (4)	Terminabilidade e cuidados paliativos (3)
<b>Ano 5</b>	INTERNATO								
<b>Ano 6</b>	Clínica médica/cirurgia/Ginecologia e Obstetrícia/Pediatria/Medicina de Família e Comunidade								

\*Os números entre parênteses referem-se ao tempo de duração de cada módulo curricular em semanas.

experiências dos estudantes em cada semana registradas em portfólios, além de conferências, aulas de habilidades clínicas, discussões de casos clínicos e apresentação de seminários.

No que tange ao planejamento do módulo, vale destacar alguns conceitos e princípios que o estruturam: a responsabilidade social da escola médica, a valorização de potencialidades locais para o ensino, o perfil de estudantes com maior vinculação regional, o envolvimento da comunidade, a integração com profissionais de Saúde que atuam em diferentes níveis de atenção nos municípios, a articulação efetiva com o sistema de Saúde e a adoção de um modelo de governança eficiente e adequado às características didático-pedagógicas do curso. Torna-se eminente a complexidade na elaboração e coordenação desse módulo, pois exige logística, pactuação e comprometimento do corpo docente de maneira articulada.

Como resultado em longo prazo, espera-se que a experiência de inserção longitudinal do estudante de Medicina no SUS potencialize a construção de vínculos com as equipes e comunidades locais, além de favorecer um conhecimento significativo sobre o sistema de Saúde regional. Portanto, o módulo VIC pode contribuir com a fixação do futuro profissional e reafirmar o mandato de responsabilidade social da EMCM-UFRN e seu modelo de formação acadêmica e social.

### Pactuações e impactos na realidade social

A implantação e operacionalização do módulo VIC exige um amplo leque de ações e articulações anteriores à chegada dos estudantes aos equipamentos de Saúde, o que requer trabalho integrado

com as articuladoras, com a gestão e com as equipes de Saúde dos municípios. Esse trabalho engloba inúmeras reuniões e rodadas de negociação, nas quais são apresentados os objetivos dos módulos que serão oferecidos naquele semestre e o estabelecimento dos termos de compromisso entre a EMCM-UFRN e os municípios. Dessa forma, a pactuação prévia junto com os diferentes atores e cenários de atuação requer esforços no intuito de promover maior aceitação e sensibilização dos gestores e profissionais, assim como acordos de contrapartida da universidade na oferta de capacitação e instrumentalização das equipes de Saúde frente às necessidades e demandas de Educação Permanente apresentadas.

A qualificação profissional e formação ancorada pela Educação Permanente também se coloca como potente instrumento. Nesse sentido, nos anos de 2015 e 2016, foram realizadas 18 oficinas preparatórias de preceptores com uma ampla aderência de aproximadamente 220 profissionais dos municípios de Caicó, Currais Novos e Santa Cruz. Entendendo que todos os trabalhadores da Saúde dos municípios podem ocupar o papel de preceptor é de importância ímpar à valorização daqueles no processo de integração ensino-serviço-comunidade.

Outro elemento importante é a criação da Residência Multiprofissional em Atenção Básica, da Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil, da Residência em Medicina de Família e Comunidade e do programa de pós-graduação *stricto sensu* em Educação, Trabalho e Inovação em Saúde, na modalidade mestrado profissional pela EMCM-UFRN<sup>19</sup>. Seguindo a premissa de que a valorização do trabalhador-preceptor deve ser incorporada no processo seletivo do programa, há vagas destinadas para aqueles que atuam na rede de Saúde dos três municípios e que sejam preceptores em qualquer módulo VIC.

O impacto na gestão da Saúde na região pode ser pontuado pela efetivação de elementos previstos no escopo da Lei 12.871, de outubro de 2013<sup>20</sup>, que instituiu o PMM, pois a VIC contribuiu para a constituição dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes), assinado por 41 municípios de duas regiões de Saúde do interior do RN. A partir desse contrato, espera-se que as responsabilidades das IES e dos diversos níveis da gestão sejam definidas e pactuadas, a fim de fortalecer a IESC no âmbito do SUS.

Ressalta-se que, no território de atuação da EMCM-UFRN, as ações que visam a IESC eram incipientes ou inexistentes em alguns municípios no momento da implantação da escola. Essa realidade coloca desafios a serem enfrentados, sobretudo na construção das redes de comunicação entre a universidade, a comunidade e os serviços. Assim, entende-se a IESC como a construção de redes dialógicas entre a universidade, o sistema de Saúde e os membros das comunidades locais. No interior dessas redes se estabelecem linhas de comunicação e de ação múltiplas, flexíveis, contextualizadas e articuladas com as necessidades de saúde da população e com as demandas por cenários de práticas reais para a formação do profissional de Saúde de nível superior. Nesse sentido, as redes engendradas por meio dessa integração visam ao compartilhamento de saberes e experiências, populares e científicas, entre sujeitos e instituições que se colocam como instituintes de um agir em saúde que passa, necessariamente, pelo compromisso com a defesa da vida da população e com a qualidade do ensino.

O “fato novo” representado ora pela presença e atuação de estudantes no serviço, ora pelo interesse da universidade em participar ativamente da gestão e da Atenção à Saúde no município expressa-se como elemento tensionador nas pactuações e de esclarecimento de papéis, como o da própria universidade, da gestão local do SUS e dos trabalhadores-preceptores. Essas situações acentuam a heterogeneidade entre as expectativas e necessidades da universidade e das redes de Atenção à Saúde, constatando que ainda são necessários ajustes e arranjos organizativos, a fim de diminuir a resistência e aumentar a permeabilidade para que ambos os lados possam ser beneficiados por essa experiência.

Além dos padrões de conduta cristalizados e da pouca abertura ao novo, entaves e obstáculos de outras naturezas podem ser pontuados como fatores que dificultam a inserção do estudante desde os anos iniciais do curso nos serviços de Saúde, a saber: 1) o receio dos profissionais em mostrar fragilidades e insuficiências técnicas; 2) a precariedade das condições e relações de trabalho; 3) o desejo por gratificação financeira; 4) o reconhecimento da limitação e despreparo; e 5) pouca valorização das atividades de cunho pedagógico em relação às atribuições assistenciais.

Isto posto, faz-se necessário ressaltar que são muitos os desafios a serem superados para que o papel formador do SUS seja efetivado e legitimado de fato, revelando que ainda é preciso avançar em vários aspectos, tais como: as instalações e condições de infraestrutura dos serviços de Saúde; a alta rotatividade de profissionais na composição das equipes de Atenção Básica; a ausência de insumos e equipamentos; a pressão por produtividade de indicadores de Saúde; e a ausência de espaços de Educação Permanente e de reflexão sobre o trabalho cotidiano<sup>21-25</sup>.

### À guisa de conclusão: a tarefa de reinventar-se

Como visto, o módulo VIC traz, no seu escopo, a necessidade de efetivo planejamento e da integração de forças entre estudantes, professores, profissionais e gestores. Nessa perspectiva, refletir sobre os caminhos traçados, repensá-los e propor novas possibilidades para a efetivação são fundamentais para manter e fortalecer a IESC, além de garantir formação de excelência para os estudantes.

Nesse caminho, consolidar e fortalecer as propostas de interiorização são tarefas prioritárias e devem compor as agendas não só dos agentes vinculados à universidade, mas também dos gestores e trabalhadores do SUS. Para tanto, reuniões com os gestores municipais e com os profissionais de Saúde devem ser realizadas periodicamente, assim como ações em Educação Permanente para todos os sujeitos envolvidos nesse processo. Em nossa experiência, tem se mostrado eficiente a realização de oficinas com os preceptores e o oferecimento de cursos de especialização *lato sensu* e de mestrado profissional.

Dentro do processo formativo, a inserção desses estudantes no processo de trabalho em saúde das equipes possibilita uma formação crítica, humanística e ética. A aposta é que com a diversificação dos cenários de prática, a convivência com as equipes multiprofissionais e a inserção longitudinal na rede, o estudante incorpore conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para a construção da atuação médica centrada na pessoa e sensível às realidades do sistema de Saúde.

### Colaboradores

Todos os autores participaram ativamente da concepção, da discussão dos resultados e da redação do artigo. Ana Luiza de Oliveira e Oliveira, Tiago Rocha Pinto e Lucas Pereira de Melo realizaram, ainda, a revisão e aprovação da versão final do trabalho.

### Referências

1. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Nogueira MI. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. Rev Bras Educ Med. 2009; 33(2):262-70.



3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Scheffer M, (coordenador). Demografia médica no Brasil 2015. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2015.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
6. Feuerwerker LCM. Gestão dos processos de mudança na graduação em medicina. In: Marins JN, et al (orgs). Educação Médica em transformação. instrumentos para construção de novas realidades. São Paulo: ABEM, Hucitec; 2004. 17-39.
7. Sisson MC. Identidades profissionais na implantação de novas práticas assistenciais. Rev Bras Educ Med. 2009; 33(1):116-22.
8. Lampert JB, Costa NMSC, Perim GL, Abdalla IG, Aguiar-da-Silva RH, Stella RCS. Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. Rev Bras Educ Med. 2009; 33(1):19-34.
9. Tesser CD. Contribuições das epistemologias de Kuhn e Fleck para reforma do ensino médico. Rev Bras Educ Med. 2008; 33(1):98-104.
10. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União 23 Jun 2014.
11. Léo CCC, Gonçalves A. Modalidades metodológicas em pesquisa científica, a partir de recortes da experiência de saúde coletiva, epidemiologia e atividade física da Unicamp. Rev Educ Física. 2010; 21(3):411-41.
12. Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais(REUNI). Diário Oficial da União. 25 Abr 2007.
13. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?. Interface (Botucatu). 1998; 2(2):139-54.
14. Resolução nº 177-CONSEPE-UFRN, de 12 de novembro de 2013. Dispõe sobre o estímulo ao acesso à Universidade dos estudantes que residem no entorno dos locais de oferta dos cursos da UFRN no interior. Diário Oficial da União. 19 Set 1990.
15. Viesenteiner JL. Nietzsche e a vivência de tornar-se o que se é. Campinas: PHI; 2013.
16. Ando NM, Targa LV, Almeida A, Silva DHS, Barros EF, Schwalm FD et al. Declaração de Brasília - o conceito de rural e o cuidado à saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2011; 6(19):142-4.
17. Strasser R, Worley P, Cristobal F, Marsh DC, Berry S, Strasser S, et al. Putting communities in the driver's seat: the realities of community-engaged medical education. Acad Med. 2015; 90(11):1466-70.
18. Demarzo MMP, Almeida RCC, Marins JN, Trindade TG, Anderson MIP, Stein AT, et al. Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. Rev Bras Educ Med. 2012; 36(1):143-8.
19. Melo LPM, et al. A Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil, no contexto do Programa Mais Médicos: desafios e potencialidades. Interface (Botucatu). Forthcoming 2017.
20. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.

21. Feuerwerker LCM, Capozzolo AA. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo trabalho em saúde. In: Capozzolo AA, Casseto SJ, Henz AO, organizadores. Clínica comum: Itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 35-57.
22. Pinto TR, Cyrino EG. Profissionais de saúde como professores: tensões e potências nas práticas de ensino na atenção primária à saúde. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2014.
23. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviços no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde. Rev Bras Educ Med. 2008; 32(6):356-62.
24. Pizzinato A, Gustavo AS, Santos BRL, Ojeda BS, Ferreira E, Thiesen FV, et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. Rev Bras Educ Med. 2012; 36(1):170-7.
25. Trajman A, Assunção N, Venturi M, Tobias D, Toschi W, Brant V. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de saúde. Rev Bras Educ Med. 2009; 33(1):24-32.

Propostas inovadoras para o processo ensino-aprendizagem nos cursos de Medicina vêm sendo desenvolvidas em busca de uma formação profissional generalista, humanista e crítica. A partir da aprovação do Programa Mais Médicos (PMM), novas escolas foram criadas adotando metodologias de ensino ativas e promovendo maior integração ensino-serviço-comunidade. Este artigo é um relato de experiência sobre o desenvolvimento do módulo Vivência Integrada na Comunidade no curso de Medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte, que oportuniza ao estudante uma inserção longitudinal no sistema de Saúde em municípios do interior do Nordeste. Essa proposta vem promovendo maior integração entre a universidade, os gestores e os trabalhadores da Saúde. A aposta é a de que este módulo poderá contribuir com a fixação do médico na região e fortalecer o sistema de Saúde no interior do Brasil.

*Palavras-chave:* Educação baseada na comunidade. Educação médica. Programa Mais Médicos. Atenção Primária à Saúde.

### **Integrated experience in the community: Health System longitudinal insertion as medical education strategy**

Innovative teaching-learning process proposals for medical courses have been developed for generalist, humanistic, critical professional education. Beginning with approval of the More Doctors Program, new schools were created, adopting active teaching methodologies and promoting further community-service-teaching integration. This paper is an experience report on the development of the Integrated Experience in the Community module in the medical course at the Multicampi School of Medical Sciences of Rio Grande do Norte, which provides students with longitudinal insertion opportunities in the healthcare system of the hinterland towns of the Brazilian Northeast region. This proposed module has been promoting further integration between the university managers, and healthcare workers. The goal of this module is to contribute to securing physicians for in the region and strengthening the healthcare system in the Brazilian hinterland.

*Keywords:* Community-based education. Medical education. More Doctors Program. Primary Health Care.

### **Vivencia integrada en la comunidad: inserción longitudinal en el Sistema de Salud como estrategia de formación médica**

Se han desarrollado propuestas innovadoras para el proceso enseñanza-aprendizaje en los cursos de medicina a la búsqueda de una formación profesional generalista, humanista y crítica. A partir de la aprobación del Programa Más Médicos se crearon nuevas escuelas, adoptando metodologías de enseñanza activas y promoviendo una mayor integración enseñanza-servicio-comunidad. Este artículo es un relato de experiencia sobre el desarrollo del módulo "Vivencia integrada en la comunidad" en el curso de Medicina de la Escuela Multicampi de Ciencias Médicas de Rio Grande do Norte que proporciona al estudiante una inserción longitudinal en el sistema de salud en municipios del interior del Nordeste de Brasil. Esta propuesta ha promovido una mayor integración entre la Universidad, los gestores y los trabajadores de la salud. La apuesta es que este módulo podrá contribuir con la fijación del médico en la región y fortalecer el sistema de salud en el interior de Brasil.

*Palabras clave:* Educación basada en la comunidad. Educación médica. Programa Más Médicos. Atención Primaria a la Salud.

Submetido em 13/06/2016. Aprovado em 02/06/2017.

