

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

Ana Luiza de Oliveira e Oliveira^(a)

Lucas Pereira de Melo^(b)

Tiago Rocha Pinto^(c)

George Dantas de Azevedo^(d)

Marcelo dos Santos^(e)

Rafael Barros Gomes da Câmara^(f)

Pâmera Medeiros da Costa^(g)

Ádala Nayana de Sousa Mata^(h)

(a,b,c,d,e,f,g,h) 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

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.

Introducción

En consonancia con la Constitución Federal de 1988¹, desde la creación del Sistema Brasileño de Salud (SUS), Brasil ha acompañado una serie de transformaciones, en la tentativa de reorientar la formación de los profesionales de la salud. A partir de ese punto, se han observado desafíos para el gobierno brasileño en el intento de reformulación del modelo de atención a la salud con base en los principios de la Atención Primaria a la Salud (APS) e implementación de programas educativos orientados hacia una formación generalista y que presenta la APS como eje estructurador de la práctica profesional². Este artículo presenta una experiencia de inserción longitudinal del estudiante de medicina en el SUS en el interior del Estado de Rio Grande do Norte (RN) y, por lo tanto, se suma al conjunto de iniciativas de formación médica en curso en el país. El objetivo fue relatar la experiencia de la planificación pedagógica, el pacto con la red de salud de los municipios envueltos y los desdoblamientos del módulo Vivencia Integrada en la Comunidad (VIC), ofrecido del 2° al 8° semestre del curso de medicina de la Escuela Multicampi de Ciencias Médicas de RN, de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte (EMCM-UFRN).

Aunque, desde la década de 1990, la APS haya orientado la formulación de las políticas de salud en Brasil, solamente en 2006 se plantea como una política de Estado con la publicación de la Política Nacional de Atención Básica (PNAB), reformulada en 2011³. Entre los obstáculos para la consolidación de la APS en el país se destaca la carencia de médicos para actuar en ese nivel de atención de forma efectiva y eficiente, en especial en las regiones Norte y Nordeste. De acuerdo con Schefferet al.⁴, a pesar del aumento significativo del número de médicos habido desde la década de 1970 hasta la actualidad, permanece la distribución desigual, parcialmente cuando se relaciona a la capital-interior y al tamaño de los municipios brasileños. Por lo tanto, es posible afirmar que la existencia de áreas con hiper-concentración y al mismo tiempo de otras con escasez de médicos, impide, en última instancia, llevar a la práctica los

principios y doctrinas que orientan el SUS, especialmente cuando pensamos en la universalización, en la integralidad y en el acceso a la salud.

Sin embargo, debemos subrayar que en Brasil la dificultad de fijación de profesionales médicos fuera de las capitales y los grandes centros urbanos no es solamente el resultado del número de profesionales existentes en el país. El local en donde se ofrece la formación profesional es un factor importante, puesto que hay una laguna de Instituciones de Enseñanza Superior (IES), públicas o privadas, en áreas remotas o de difícil acceso en el país. Ese problema ha sido el enfoque de diversos programas y políticas desarrolladas en los últimos años, siendo el Programa Más Médicos (PMM)⁵, creado en 2013, la más reciente iniciativa gubernamental para el enfrentamiento de ese problema.

El PMM consiste en un amplio pacto de mejora de atención a los usuarios del SUS y del intento de aumentar la proporción de médicos /1.000 habitantes de 1,8 para 2,7, hasta el año 2026, en todo Brasil. El PMM se estructura en tres ejes: i) provisión médica en régimen de emergencia; ii) inversión en la infraestructura de la red de servicios básicos de salud; y iii) formación médica (graduación y programas de residencia). Debemos subrayar que la región Nordeste es prioritaria en la provisión y fijación de profesionales, considerando la proporción de 1,32 médico/1.000 habitantes y la constatación de que casi el 80% de esos profesionales desempeñan su práctica en las capitales, haciendo que el interior sea un ambiente con alto índice de escasez profesional⁴.

En este sentido, los cursos de medicina existentes, y los originados en el contexto de la expansión e interiorización de nuevas plazas, se depararon con la necesidad de revisar sus currículos, así como estrategias pedagógicas y escenarios de práctica. El desafío se planteó en diversas instancias que involucraron desde la integración entre disciplinas y áreas de los cursos, a la incorporación de métodos de enseñanza-aprendizaje centrados en los estudiantes y en la búsqueda de una mayor integración con equipos sociales, servicios de salud y comunidad en general⁶⁻⁹.

De tal forma, el PMM, asociado a la publicación de las Nuevas Directrices Curriculares Nacionales para cursos de graduación en medicina¹⁰, abrió caminos para

que se desarrollaran nuevas propuestas innovadoras en los currículos y en el proceso enseñanza-aprendizaje en la búsqueda de una formación médica generalista, humanista y reflexiva. La experiencia pedagógica y de la integración enseñanza-servicio-comunidad (IESC) relatada en este artículo es el resultado de ese contexto político-educativo más amplio. Para ello, se presenta una caracterización general de la EMCM-UFRN y, a continuación, de la VIC como estrategia de inserción longitudinal del estudiante de medicina en el SUS, además de los procesos de realización de pacto con la gestión municipal y trabajadores de la salud. Finalmente, se enumeran algunos desdoblamientos de esta audaz y fructífera propuesta.

Metodología

Se trata de un relato de experiencia sobre el módulo VIC, un componente curricular obligatorio desarrollado en la EMCM-UFRN. La implementación del VIC siguió las siguientes etapas en el año 2015 y en el primer semestre de 2016: planificación pedagógica y elaboración de manual de actividades para estudiantes, supervisores, preceptores y gestores, realización de un pacto con la gestión municipal y trabajadores de la salud y evaluación de los desdoblamientos del VIC en la formación del estudiante de medicina y en la calificación de la red de salud.

En esa perspectiva, sigue un relato de experiencia que se presenta como modelo de intervención y resultado¹¹ sobre cómo se construyó el VIC y cómo le fue posible reverberar en la formación del estudiante de medicina de la EMCM-UFRN. De tal forma, haremos un recorrido narrativo que se desarrolla a partir del contexto institucional, yendo al encuentro de los desdoblamientos alcanzados por el VIC hasta el año 2016.

El contexto

El contexto institucional en el cual se dirigió la experiencia pedagógica objeto de este artículo es la EMCM-UFRN. Esta unidad académica se creó a partir de la

expansión de plazas en cursos de medicina impulsada por el Decreto Administrativo MEC/SESU nº 109, del 05 de junio de 2012 y, a partir de 2013, también por el PMM. Además, la EMCM-UFRN se une al conjunto de acciones para interiorización de las IES federales, cuyo inicio fue el Programa de Apoyo a Planes de Reestructuración y Expansión de las Universidades Federales (Reuni), instituido por el Gobierno Federal por medio del Decreto nº 6.096, del 24 de abril de 2007¹².

Desde la institución del Reuni, la UFRN se ha destacado por su presencia en el interior del Estado de Rio Grande do Norte, lo que hizo posible el fortalecimiento y la reestructuración de las unidades existentes y la creación de nuevas unidades. Considerando su naturaleza *multicampi*, la EMCM-RN comprende los *campi* de Santa Cruz, Currais Novos y Caicó, siendo este último municipio el de su sede administrativa. El curso de graduación en medicina comenzó el 25 de julio de 2014 con la propuesta de formar médicos en la red de salud del interior, priorizando el vínculo del estudiante con la realidad social y de salud de la población con alineamiento de calificada formación técnico-científica, ética y humanística. Para ello, es misión de la EMCM-UFRN el respeto por la autonomía del estudiante, regida por metodologías activas de aprendizaje¹³, que permitan la comprensión del proceso de producción, expresión y captación del conocimiento dentro de una perspectiva de transformación de la realidad.

Más allá de la formación profesional y bajo el precepto de la responsabilidad social, la UFRN instituyó en toda la universidad el Argumento de Inclusión Regional (AIR) por medio de la Resolución nº 177-CONSEPE, del 12 de noviembre de 2012, como forma de asegurar la vinculación del egresado a la región en la que realizó su formación. El AIR se utiliza en el Sistema de Selección Unificada (SISU) mediante un aumento del 20% en la nota del candidato en el proceso selectivo. Tienen derecho al AIR los candidatos que hayan concluido la enseñanza fundamental y cursado toda la enseñanza media en escuelas regulares y presenciales de las micro-regiones en donde se localizan las ciudades con *campus* de la UFRN en el interior del estado (excluida la región metropolitana de Natal) o en todas las micro-regiones vecinas, de acuerdo con la definición del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE)¹⁴. A partir de la

implementación de esa política, actualmente casi el 67,5% de los alumnos del curso de medicina de la EMCM–UFRN provienen de municipios de la región del semiárido de los Estados de Rio Grande do Norte y Paraíba.

Además, el Proyecto Pedagógico del Curso (PPC) se ha construido con base en el desarrollo de competencias por medio de la utilización de una planificación integrada del currículum y del empleo de métodos de enseñanza–aprendizaje concentrados en los estudiantes, principalmente el aprendizaje con base en problemas (ABP) y la IESC. El PPC tiene como ejes pedagógicos estructuradores la Enseñanza Tutorial, las Habilidades Clínicas, Morfo–funcionales y de Comunicación y la IESC, en consonancia con las DCNs¹⁰.

Dentro de ese contexto, se instituyó una estrategia para permitir que los estudiantes conozcan, comprendan y actúen en la red de salud de su municipio de origen o en municipios de la región en la cual está inserida la EMCM–UFRN. La estrategia pedagógica no se limitó a una inmersión puntual y discontinua en los equipos de salud, sino en dar oportunidad para una inserción longitudinal en el SUS, desde los años iniciales del curso. Conforme se describe a seguir, esa estrategia pedagógica es el componente curricular VIC.

El módulo VIC: una experiencia de incursión longitudinal en el SUS

Partiendo de la concepción nietzscheana de *vivencia* como una posibilidad para que quien vive una experiencia singular se convierta en lo que es¹⁵, el módulo VIC tiene el objetivo de proporcionar una experiencia de aprendizaje en el SUS, en el transcurso de los cuatro primeros años del curso de medicina, con la finalidad de promover aprendizajes técnico–científicos, humanos y éticos para los estudiantes.

El módulo VIC es un componente curricular obligatorio, con 120 horas/clase, ofrecido del 2º al 8º semestre del curso de medicina, totalizando 840 horas⁽ⁱ⁾. Cada módulo semestral tiene una duración de cuatro semanas y los grupos de estudiantes

⁽ⁱ⁾ Las actividades del VIC tendrán continuidad con los internados obligatorios del quinto y sexto años, especialmente, con las rotaciones de las áreas de “Medicina de Familia y Comunidad” y “Urgencia y Emergencia”.

se organizan de acuerdo con la capacidad de la red de los municipios envueltos para recibirlos. Actualmente 40 estudiantes de la primera promoción y 40 estudiantes de la segunda promoción del curso son recibidos en períodos distintos por los municipios de Caicó, Currais Novos y Santa Cruz, en donde permanecen durante un mes realizando una vivencia en la red de salud en sus tres niveles de Atención.

El perfil socioeconómico, la característica tanto del sistema de salud como de la práctica profesional y las características de salud de la población de esta región se aproximan del concepto de medicina rural defendido por la Sociedad Brasileña de Medicina de la Familia y Comunidad. En esta perspectiva, el eje *multicampi* de la EMCM se orienta por la expresión de lo rural “no necesariamente como sinónimo de agrícola (...) sino también de (...) áreas remotas y locales de difícil acceso”¹⁶ (p.144). En ese sentido, por la logística de distribución de los estudiantes en esos pequeños municipios, el módulo VIC incluye también los requisitos para el desarrollo de competencias enfocadas en la Medicina Rural.

Tal constatación, en un futuro próximo, puede contribuir al aumento de la fijación de médicos en la región conforme experiencias exitosas como, por ejemplo, la formación médica en la *Northern Ontario School of Medicine* en Canadá, que aumentó exponencialmente la elección por la medicina de familia desde la implantación del modelo de inserción longitudinal en la institución¹⁷.

En esta perspectiva, la aproximación con la comunidad adquiere contornos más robustos y la APS pasa a ser efectivamente el eje estructurador de las actividades del módulo VIC. De acuerdo con las Directrices para la Enseñanza en la Atención Primaria a la Salud en la Graduación en Medicina¹⁸, aunque el saber y el actuar médico están centrados en el aprendizaje de la clínica (raciocinio clínico y semiológico), es imperativo que ese aprendizaje también se realice por medio de la enseñanza en la APS, de manera longitudinal a lo largo del curso, de preferencia con inserciones significativas en escenarios reales y a partir del trabajo. Con esa base, a lo largo de los módulos de VIC, ocurre el aumento progresivo de la autonomía y de la competencia clínica del estudiante, lo que implica en la inserción gradual en los servicios de salud en los tres niveles de atención del SUS. Siendo así, al final de la séptima *Vivencia* se

espera que el estudiante presente, de forma práctica y teórica, competencias que aseguren mayor autonomía y compromiso técnico, ético y resolutivo con el SUS.

La propuesta original del módulo era que el estudiante pudiera realizar el VIC en su municipio de origen, siempre y cuando él se localizara en un radio de hasta 200Km de la sede del curso. Aquellos que fueran naturales de un municipio que no atendiera tal criterio se distribuirían entre Caicó, Corrais Novos y Santa Cruz. Sin embargo, a partir de la segunda promoción que ingresó en el curso, la logística de puesta en operación del módulo en ese formato pasó a ser inviable, considerando el aumento del número de estudiantes provenientes de municipios de la región, resultado del AIR. Ese hecho hizo que la coordinación del curso mantuviera a los estudiantes distribuidos en los tres campi de la EMCM-UFRN.

Como se presenta en la Tabla 1, Caicó, Currais Novos y Santa Cruz, son municipios del interior del Estado de Rio Grande do Norte, con una población respectiva de 67.747, 45.060 y 39.300 habitantes, según proyección demográfica del IBGE en 2016. En los referidos municipios, los estudiantes desarrollan actividades en Unidades Básicas de Salud (UBS) –local prioritario de permanencia durante la VIC – y en equipos de salud de la Atención Secundaria como Centros de Especialidades, Centro de Atención Psicosocial (CAPS), Centro de Referencia para la Salud del Trabajador (CEREST), Centros de Rehabilitación Infantil y Adulto (CRI/CRA). En la Atención Terciaria los estudiantes viven la realidad del servicio hospitalario de cada uno de los municipios.

Tabla 1. Descripción del número de estudiantes y equipos de salud por municipio que recibe el módulo de Vivencia Integrada en la Comunidad

Municipio	nº de estudiantes	nº de equipos de salud por nivel de Asistencia		
		Atención Primaria	Atención Secundaria	Atención Terciaria
Caicó	38	16	8	2
Currais Novos	18	11	6	1
Santa Cruz	24	5	6	1

Además de las actividades desarrolladas en el SUS, privilegiamos la intersectorialidad de acciones en consonancia con la práctica del Sistema Único de Asistencia Social (SUAS) y de esa forma, los estudiantes se insieren en la realidad de trabajo del Centro de Referencia de Asistencia Social (CRAS) y el Centro de Referencia Especializado de Asistencia (CREAS).

Las actividades se realizan en período integral y cada estudiante está siempre vinculado a la misma UBS. Las acciones desarrolladas en los otros niveles de Atención o en el SUAS se realizan a partir de la realización del pacto de la coordinación del módulo con los equipos adaptando la semana de los estudiantes al servicio. Siendo así, los estudiantes son distribuidos semanalmente para que realicen una rotación de sus actividades de acuerdo con la demanda de cada servicio. A su vez, las instrumentalizaciones teóricas se realizan los viernes en período integral, en la sede de la EMCM-UFRN.

En las actividades prácticas, cada estudiante está acompañado por aproximadamente seis preceptores, incluyendo médicos, enfermeros, dentistas, técnicos en enfermería y odontología, agentes comunitarios de salud, fisioterapeutas, psicólogos y asistentes sociales de los diferentes niveles de atención. Se entiende al preceptor como un profesional con un papel importante en la inserción y la socialización del estudiante en los equipos, puesto que posibilita que el mismo viva el proceso de trabajo cotidiano de los servicios. Esa estrategia de la preceptoría multi-profesional hace que se borren, por lo tanto, los límites entre los saberes y las prácticas propias de cada profesión, asegurando espacios de trabajo y de educación inter-profesional en salud,

Además, semanalmente se realiza la supervisión *in loco* por parte de docentes del curso. Cada docente es responsable por la supervisión de dos estudiantes. Por lo tanto, en cada módulo VIC se necesitan 20 docentes del curso de medicina de la EMCM. El supervisor es el sujeto que ofrece soporte, incentiva al estudiante en el proceso de aprendizaje de conocimientos y competencias y ayuda en la construcción

de la autoconfianza en una práctica reflexiva¹⁷. El papel del supervisor es asegurar el cumplimiento del calendario de actividades propuestas tanto por la coordinación del módulo como por el estudiante, mediar, cuando sea necesario, la relación del estudiante con preceptores y servicios, realizar diálogos con la red y, en algunas situaciones, actividades prácticas supervisadas en hospitales y ambulatorios. Es el supervisor quien evalúa semanalmente al estudiante por medio de cartera reflexiva. También están las docentes coordinadoras del módulo, una del área de Salud Colectiva y una de la Medicina de Familia y Comunidad. Ellas son responsables por la dirección de la planificación general, realización de pactos con los municipios y organización operacional del módulo.

Este componente curricular está distribuido en la matriz curricular para incluir las diferentes competencias generales y específicas del médico desarrolladas durante la formación (Cuadro 1). Actividades tales como territorialización, apoyo matricial, proyecto terapéutico singular, trabajo multi-profesional, atención individual, educación en salud y educación permanente, cuestionarios y visitas a domicilio, control social, entre otras, se realizan de forma tal que produzcan en el estudiante una visión ampliada de la práctica médica. Además de esas actividades, los estudiantes desarrollan competencias del núcleo duro de la práctica médica en consonancia con su nivel de conocimiento adquiridos durante su formación. De esa forma, cada VIC tiene objetivos de aprendizajes propios y que puedan consolidar el proceso de aprendizaje del estudiante durante su formación.

Cuadro 2. Distribución semestral de los módulos de Vivencia Integrada en la Comunidad (VIC) en la matriz curricular del curso de formación en medicina de la EMCM/UFRN.

	I SEMESTRE			II SEMESTRE					
Año 1	Introducción al estudio de la Medicina (4)*	Concepción y formación del ser humano (7)	Metabolismo (7)	Vivencia Integrada en la Comunidad I (4)	Funciones biológicas (7)	Mecanismos de agresión y defensa (7)			
Año 2	Nacimiento, crecimiento y desarrollo (4)	Vivencia Integrada en la Comunidad II (4)	Percepción, conciencia y emoción (6)	Proliferación celular (4)	Dolor (4)	Vivencia Integrada en la Comunidad III (4)	Fiebre, inflamación e infección (6)	Diarrea, vómito e ictericia (4)	
Año 3	Salud sexual y reproductiva (8)	Vivencia Integrada en la Comunidad IV (4)	Problemas mentales y del comportamiento (4)	Locomoción (3)	Piel (4)	Envejecimiento y salud (4)	Vivencia Integrada en la Comunidad V (4)	Salud del niño (6)	
Año 4	Fatiga, pérdida de sangre y anemia (6)	Dipnea, dolor torácico y edema (6)	Vivencia Integrada en la Comunidad	Ambiente y salud (3)	Disturbios sensoriales, motores y	Desórdenes nutricionales y metabólicos	Emergencias (4)	Vivencia Integrada en la	Condición terminal y cuidados

			VI (4)		de la conciencia (4)	(4)		Comunidad VII (4)	paliativos (3)
Año 5	INTERNADO								
Año 6	Clínica Médica/Cirugía/Ginecología y Obstetricia/Pediatría/Medicina de Familia y Comunidad								

*Los números entre paréntesis se refieren al tiempo de duración de cada módulo curricular en semanas.

Conforme anteriormente expuesto, durante el VIC el estudiante actúa dentro de una semana estándar en la cual se distribuyen actividades prácticas y teóricas. En la planificación de estas actividades se observan los contenidos y habilidades ya trabajados en los diferentes módulos ofrecidos en aquel semestre, como forma de asegurar la integración de los componentes curriculares y la consolidación de las habilidades establecidas en las DCNs. Las actividades teóricas envuelven la reflexión y la problematización de las experiencias de los estudiantes en cada semana registradas en carteras, conferencias, clases de habilidades clínicas, discusiones de casos clínicos y presentación de seminarios.

En lo que se refiere a la planificación del módulo, debemos subrayar algunos conceptos y principios que lo estructuran: la responsabilidad social de la escuela médica, la valorización de potencialidades locales para la enseñanza, el perfil de estudiantes con mayor vinculación regional, el involucramiento de la comunidad, la integración con profesionales de salud que actúan en diferentes niveles de atención a la salud en los municipios, la articulación efectiva con el sistema de salud y la adopción de un modelo de gobernanza eficiente y adecuado a las características didáctico-pedagógicas del curso. Se hace eminente la complejidad en la elaboración y coordinación de ese módulo, puesto que exige logística, realización de pactos y compromiso del cuerpo docente de una manera articulada.

Como resultado a largo plazo, se espera que la experiencia de inserción longitudinal del estudiante de medicina en el SUS potencialice la construcción de vínculos con los equipos y comunidades locales, además de favorecer un conocimiento significativo sobre el sistema de salud regional. Por lo tanto, el módulo VIC puede contribuir para la fijación del futuro profesional en el área y reafirmar el mandato de responsabilidad social de la EMCM-UFRN y su modelo de formación académica y social.

Realización de pactos e impactos en la realidad social

La implantación y puesta en operación del módulo VIC exige una amplia gama de acciones y articulaciones anteriores a la llegada de los estudiantes a los equipos de salud, lo que requiere trabajo integrado con la gestión y los equipos de salud de los municipios. Ese

trabajo incluye innumerables reuniones y rondas de negociación en las cuales se presentan los objetivos de los módulos que se ofrecerán en aquel semestre y el establecimiento de los términos de compromiso entre la EMCM-UFRN y los municipios. De esa forma, la realización de pacto previo con los diferentes actores y escenarios de actuación requiere esfuerzos con el objetivo de promover una mayor aceptación y sensibilización de los gestores y profesionales, así como acuerdos de contrapartida de la universidad en la oferta de capacitación e instrumentalización de los equipos de salud ante las necesidades y demandas de educación permanente presentadas.

La calificación profesional y formación anclada por la educación permanente también se plantea como un potente instrumento. En este sentido, se realizaron en los años 2015 y 2016 18 talleres preparatorios de preceptores con amplia adherencia de aproximadamente 220 profesionales de los municipios de Caicó, Currais Novos y Santa Cruz. Entendiendo que todos los trabajadores de salud de los municipios pueden ocupar el papel de preceptor es de la mayor importancia su valorización en el proceso de integración enseñanza-servicio-comunidad.

Otro elemento importante es la creación de la residencia en Medicina de Familia y Comunidad y del Programas de postgrado *stricto sensu* en Educación, Trabajo e Innovación en Salud en la modalidad de maestría profesional por la EMCM-UFRN¹⁹. Siguiendo la premisa de que la valorización del trabajador-preceptor debe incorporarse en el proceso selectivo del programa, hay plazas destinadas a quienes actúan en la red de salud de los tres municipios y que sean preceptores en cualquier módulo VIC.

El impacto en la gestión de la salud en la región puede puntuarse por la puesta en práctica de elementos previstos en el alcance de la Ley 12.871 de octubre de 2013²⁰, que instituyó el PMM, puesto que el VIC contribuyó para la constitución de los Contratos Organizativos de Acción Pública Enseñanza-Salud (COAPES), firmado por 41 municipios de dos regiones de salud del interior del estado de Rio Grande do Norte. A partir de ese contrato, se espera que las responsabilidades de las IES y de los diversos niveles de la gestión se definan y pacten con la finalidad de fortalecer la IESC en el ámbito del SUS.

Se subraya que en el territorio de actuación de la EMCM-UFRN, las acciones cuyo objetivo era la IESC eran incipientes o no existían en algunos municipios en el momento de la implantación de la Escuela. Esa realidad plantea desafíos que hay que enfrentar, sobre todo en la construcción de las redes de comunicación entre la universidad, la comunidad y los servicios. Por lo tanto, se entiende la IESC como la construcción de redes dialógicas entre la universidad, el sistema de salud y los miembros de las comunidades locales. En el interior de esas redes se establecen líneas de comunicación y de acción múltiples, flexibles, contextualizadas y articuladas con las necesidades de salud de la población y con las demandas de escenarios de prácticas reales para la formación del profesional de salud de nivel superior. En ese sentido, las redes engendradas por medio de esa integración tienen como objetivo el compartir saberes y experiencias, populares y científicos, entre sujetos e instituciones que se posicionan como instituyentes de un actuar en salud que pasa, necesariamente, por el compromiso con la defensa de la vida de la población y con la calidad de la enseñanza.

El “hecho nuevo” representado tanto por la presencia y actuación de estudiantes en el servicio, como por el interés de la universidad en participar activamente de la gestión y de la atención a la salud en el municipio, se expresa como elemento de tensión en las realizaciones de pactos y de aclaración de papeles, como el de la propia universidad, de la gestión local del SUS y de los trabajadores–preceptores. Esas situaciones acentúan la heterogeneidad entre las expectativas y necesidades de la universidad y las de las redes de atención a la salud, constatándose que todavía se necesitan ajustes y esquemas organizativos con la finalidad de disminuir la resistencia y la permeabilidad para que ambos lados puedan beneficiarse con esta experiencia.

Además de los estándares de conducta cristalizados y de la poca apertura hacia lo nuevo, es posible puntuar dificultades y obstáculos de otras naturalezas como factores que dificultan la inserción del estudiante desde los años iniciales del curso en los servicios de salud, tales como: 1) el recelo de los profesionales de mostrar fragilidades e insuficiencias técnicas; 2) la precariedad de las condiciones y relaciones de trabajo; 3) el deseo de gratificación financiera; 4) el reconocimiento de la limitación y la falta de preparación; 5) la

poca valorización de las actividades de cuño pedagógico en relación a las atribuciones asistenciales.

Por otro lado, es necesario subrayar que son muchos los desafíos a superar para que el papel formador del SUS se haga realidad y se legitime de hecho, revelando que todavía es preciso avanzar en diversos aspectos, tales como: las instalaciones y condiciones de infraestructura de los servicios de salud, la alta rotación de profesionales en la composición de los equipos de atención básica, la ausencia de insumos y equipos, la presión por productividad de indicadores de salud y la ausencia de espacios de educación permanente y de reflexión sobre el trabajo cotidiano²¹⁻²⁵.

A modo de conclusión: la tarea de reinventarse

Como ya hemos visto, el módulo VIC trae en su alcance la necesidad de una efectiva planificación y de la integración de fuerzas entre estudiantes, profesores, profesionales y gestores. Desde esa perspectiva, reflexionar sobre los caminos trazados, repensarlos y proponer nuevas posibilidades para la puesta en práctica son fundamentales para mantener y fortalecer la IESC, además de garantizar formación de excelencia para los estudiantes.

En ese camino, la consolidación y el fortalecimiento de las propuestas de interiorización son tareas prioritarias y deben formar parte de las agendas no solo de los agentes vinculados a la universidad, sino también de los gestores y trabajadores del SUS. Para ello, las reuniones con los gestores municipales y los profesionales de salud deben realizarse periódicamente, así como acciones en educación permanente para todos los sujetos envueltos en ese proceso. En nuestra experiencia, se ha mostrado eficiente la realización de talleres con los preceptores y el ofrecimiento de cursos de especialización *lato sensu* y de maestría profesional.

Dentro del proceso formativo, la inserción de esos estudiantes en el proceso de trabajo en salud de los equipos posibilita una formación crítica, humanística y ética. La apuesta es que con la diversificación de los escenarios de práctica, la convivencia con los equipos multi-profesionales y la inserción longitudinal en la red, el estudiante incorpore

conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la construcción de la actuación médica centrada en la persona y sensible a las realidades del sistema de salud.

Colaboradores

Todos los autores participaron activamente en la concepción, discusión de los resultados y redacción del artículo. Oliveira ALO, Rocha TR y Melo LP realizaron también la revisión y aprobación de la versión final del trabajo.

Referencias

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 JJN, 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 JJN, 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.

Traducido por Maria Carbajal