

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO- COMUNIDADE COMO ESTRATÉGIA PARA IMPLANTAÇÃO DO ESTÁGIO CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA

TEACHING-SERVICE-COMMUNITY INTEGRATION AS A STRATEGY FOR IMPLEMENTING THE CURRICULAR INTERNSHIP OF THE MEDICINE COURSE

Leoncio Bem Sidrim 1
Renata Alves Gomes Villani 2
Régia Maria Batista Leite 3
Sinara Mônica Vitalino de Almeida 4

Médico egresso do curso de Medicina da Universidade de Pernambuco (UPE), campus Garanhuns. Residência em Clínica Médica pelo Real Hospital Português de Beneficência. Mestre em Educação para o Ensino na Área da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6452880382187657>.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6360-4766>.
E-mail: leoncio_sidrim@hotmail.com

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora Assistente do curso de Medicina da Universidade de Pernambuco (UPE), Campus Garanhuns.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0741834503525186>.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4347-6194>.
E-mail: renata.villani@upe.br

Doutora em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz / Fiocruz - PE. Professora Adjunta do curso de Medicina da Universidade de Pernambuco (UPE), Campus Garanhuns.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8595957726044926>.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8235-5021>.
E-mail: regia.leite@upe.br

Doutora em Biologia Aplicada à Saúde pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora Adjunta do curso de Medicina da Universidade de Pernambuco (UPE), campus Garanhuns.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0531452441336432>.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2605-4192>.
E-mail: sinara.monica@upe.br

Resumo: Para uma adequada formação em saúde é importante a Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC), através de componentes curriculares teóricos e práticos. O curso de medicina é composto por atividades teórico-práticas nos quatro anos iniciais e essencialmente práticas nos últimos dois anos, correspondendo ao Estágio Curricular Obrigatório (ECO). Nesse momento, a rede de serviços de saúde é o principal locus da formação médica, com necessidade de alto grau de IESC. Surgido no contexto da interiorização do ensino médico brasileiro, o curso da Universidade de Pernambuco/Campus Garanhuns implementou essa integração partindo da compreensão do seu papel na formação de um profissional atento às necessidades loco-regionais de saúde, considerando a organização de rede de serviços da região. Neste artigo são descritos os pressupostos teóricos que direcionaram a organização da integração ESC no curso, com destaque para a implantação do ECO nos cenários de prática da região e relato das vivências do ECO pelas primeiras turmas.

Palavras-chave: Serviços de Integração Docente-Assistencial. Serviços de Saúde para Estudantes. Estágio Clínico. Internato e Residência.

Abstract: For proper health training, the integration of teaching and service is imperative, through theoretical and practical curriculum components. The medical course consists of theoretical and practical activities in the initial four years and essentially practical activities in the last two years, corresponding to the Curricular Internship Mandatory (ECO). At this time, the health network is the main locus of medical training, with a need for a high degree of integration between Teaching and Service-Community (IESC). Appearing in the context of the interiorization of Brazilian medical education, the course at the University of Pernambuco / Campus Garanhuns implemented its IESC based on the understanding of its role in the formation of a professional attentive to loco-regional health needs, considering the organization of the service network region. In this article, the theoretical assumptions that guided the organization of teaching-service-community integration in the course are described, with emphasis on the implementation of ECO in the practice scenarios of the region, with an account of the experiences of ECO by the first classes.

Keywords: Teaching Care Integration Services. Student Health Services. Clinical Clerkship. Internship and Residency.

Introdução

A complexidade da formação em saúde caracteriza-se pela importância de integrar saberes relacionados aos aspectos teóricos e práticos com as necessidades individuais e coletivas da população, além de atitudes esperadas para o “profissional ideal” (SASSI et al., 2020). Os estudantes de medicina devem desenvolver habilidades e competências relacionadas ao raciocínio teórico aplicado às diversas situações práticas, inicialmente em ambiente controlado, como laboratórios e espaços simulados na universidade, e posteriormente, ou paralelamente, em ambiente real nas unidades de saúde.

Para tanto, é necessário integrar as ações de ensino-aprendizagem desses ambientes, organizando os componentes curriculares do curso em módulos teóricos, teórico-práticos e práticos (MOURA et al., 2020). Após os primeiros quatro anos de formação, o estudante inicia o último biênio do curso de 6 anos, mediante atividades exclusivamente práticas na rede de saúde, organizada em rodízios, o então denominado Estágio Curricular Obrigatório (ECO). Nesse momento, a rede de saúde compõe o principal lócus da formação médica, com caráter autêntico e com necessidade de alto grau de Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC) (BRANDÃO; ROCHA; SILVA, 2013; FARIA et al., 2018).

Com o objetivo de compor essa integração, o projeto do curso de Medicina da Universidade de Pernambuco-UPE, em seu Campus Garanhuns-PE, baseia-se nas Diretrizes Curriculares Nacionais (Resolução CNE/CES nº 3 de 20 de junho de 2014) e na capacidade instalada da rede de saúde loco-regional. Neste artigo são descritos os pressupostos teóricos que direcionaram a organização da IESC no referido curso, com destaque para a implantação do ECO nos cenários de práticas vinculados à formação médica na região e relato de estudantes das vivências do ECO da primeira turma nos anos de 2015-2017.

Quais devem ser os norteadores da formação em saúde?

O entendimento de que as práticas profissionais na saúde devam combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas não é recente. Segundo Paim (2003), as configurações desses formatos caracterizam os modelos de atenção à saúde. Para entender como esses modelos se estabelecem, façamos um breve histórico das teorias explicativas do processo saúde-doença, considerando sua evolução histórica e as diversas maneiras de organizar o processo de trabalho do profissional de saúde.

O filósofo e médico grego Hipócrates, considerado o pai da medicina, apresentava, há cerca de 2.500 anos, a Teoria dos Miasmas para explicar o processo saúde-doença, onde o adoecimento estava relacionado à insalubridade do ar e das águas. A partir do século XVIII, essa teoria deu lugar à Teoria Unicausal, onde as causas das doenças foram atribuídas a agentes etiológicos, graças ao desenvolvimento da epidemiologia, microscopia e microbiologia, que possibilitaram o estudo mais aprofundado das doenças infecto-parasitárias (ROONEY, 2013).

Já em meados do século passado, a Teoria da Multicausalidade vem dar resposta ao que chamamos hoje de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's), a fim de explicar o processo saúde-doença em casos como câncer, transtornos mentais, cardiopatias, etc. Pondera-se que, para que haja o evento adoecimento, é importante considerar que, para além do contato com um microrganismo, são necessários aspectos como fatores de risco ambientais e individuais, modo de vida, etc. (ALMEIDA-FILHO, 2004). Ou seja, o modelo que melhor explica o processo saúde-doença é o baseado na Teoria da Determinação Social da Saúde. Fundamentada principalmente na epidemiologia social, essa teoria explica que para compreender o referido processo em indivíduos e coletividades, é necessário considerar aspectos ainda mais abrangentes ao da Multicausalidade, como política, economia, cultura e desenvolvimento social (LANA, 2015).

Dessa forma, os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) definem que as condições de vida e trabalho das pessoas influenciam em sua situação de saúde. Lana (2015) coloca como grande desafio para as áreas de pesquisa e ensino, o estabelecimento de uma hierarquia dos DSS, entendendo que as relações entre os indicadores sociais e de saúde não são constantes, pois, enquanto os fatores individuais são importantes para identificar quais indivíduos no interior de um grupo estão submetidos a maior risco, as diferenças nos níveis de saúde entre

grupos e países estão mais relacionadas com outros fatores, principalmente, o grau de equidade na distribuição de renda. Portanto, as Teorias explicativas para o processo saúde-doença devem nortear os modelos de atenção à saúde e devem considerar como fatores relacionados a serviços sociais, saúde e educação influenciam nesse processo (WHITEHEAD; DAHLGREN, 2001).

Um reflexo dessa concepção de processo saúde-doença se expressa no Brasil em meados dos anos 70 do século passado, quando surgem nas universidades os departamentos de medicina preventiva e social. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido na Constituição Federal de 1988, fica estabelecida uma dimensão político-institucional ao debate. Os princípios de universalidade do acesso e de integralidade das ações e serviços de saúde inauguram um novo arcabouço organizativo que vai impactar, inclusive, na formação dos profissionais de saúde, agora voltados para o trabalho no seu âmbito, em todo o território nacional. Em relação aos cursos de saúde, são estabelecidas, em 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN's (BRASIL, 2001) direcionando a formação para o atendimento às necessidades da população, com formação em serviço e para o serviço, e voltada às prerrogativas do SUS.

Considerando as dimensões tecnológicas e assistenciais dos últimos anos, temos o fomento de pesquisas e inovações tecnológicas que reafirmam a eficácia dos modelos que consideram aspectos da epidemiologia social e dos DSS nos processos saúde-doença, bem como uma organização hierarquizada dos serviços de saúde, baseada em Redes de Atenção e Vigilância da Saúde, de forma longitudinal e com a garantia do acesso a partir da territorialização e atenção familiar e comunitária. Esses elementos devem ser considerados na proposição de estratégias de formação dos profissionais de saúde e na articulação necessária entre instituições de ensino e serviços de saúde.

A integração ensino-serviço-comunidade para a formação em saúde

Repensar novas modelagens de aprendizado necessita um aprofundamento sobre a forma como vem se estruturando a formação dos profissionais de saúde. Incorporar mudanças no conteúdo nas práticas pedagógicas e nos cenários de aprendizagem - a fim de atingir novas práticas assistenciais, centradas na integralidade do cuidado à saúde - requer um exercício efetivo do trabalho em equipe. O diálogo, a troca de experiências e a transdisciplinaridade entre os saberes podem ajudar nessa tarefa, levando em conta a complexidade do leque de competências exigidas no seu processo de trabalho (MACHADO et al., 2007).

No Brasil, entretanto, a despeito das iniciativas de articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação (MEC), ainda é comum a existência de uma separação entre o 'mundo do ensino' e o 'mundo do trabalho'. Essa dicotomia muitas vezes ocorre quando, por exemplo, gestores e trabalhadores da saúde definem prioridades sem considerar a disponibilidade das IES com cursos na área da saúde - sem ouvir os estudantes e/ou o controle social - assim como, não são exceções, universidades que pautam suas ações em demandas desarticuladas da real necessidade dos serviços (VENDRUSCULO, 2016).

Na tentativa de transpor essa dicotomia, o MEC publicou nova versão das DCN's para o curso de Graduação em Medicina em 2014 (BRASIL, 2014), reafirmando a importância da formação em rede, com práticas em serviços do SUS paralelamente à formação teórica, ao longo de todo o curso, e em especial nos 4 últimos semestres dedicados ao ECO, o período do curso conhecido como Internato.

O tripé Universidade, Serviços e Comunidade deve estabelecer uma cultura de colaboração mútua. A primeira na formação de profissionais que atendam a demanda de saúde da população; os serviços como parceiros na formação, com preceptoria, estrutura física e suporte de informações estratégicas para uma formação baseada em necessidades; e a comunidade valorizando essa formação, ativos, atentos e críticos a todo o processo, com atenção aos impactos na qualificação da assistência que lhes é prestada. Essa experiência deve desenvolver em todos o sentimento de pertencimento ao processo de formação do profissional médico. Dessa forma, têm-se uma corresponsabilização da formação em saúde na visão da integração apontada por Albuquerque et al. (2008):

Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de alunos e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços.

Nesse contexto, as Instituições de Ensino Superior (IES) devem considerar a importância da participação dos profissionais dos serviços no seu entorno para a formação acadêmica. A comunidade loco-regional, bem como os poderes políticos instituídos, também são força motriz para o sucesso da implantação e efetiva implementação dos cursos da área de saúde.

A integração ensino-serviço-comunidade na UPE-Garanhuns

Embora haja a discussão sobre a expansão do ensino superior para além dos grandes centros urbanos há mais de meio século, o que se teve ao longo dos anos foi uma distribuição ainda desigual, com a centralização das universidades nas capitais (QUEIROZ, 2011).

A Universidade de Pernambuco-UPE assumiu o desafio da interiorização dos cursos de bacharelado em saúde, atendendo a Diretriz Nacional de Interiorização da Educação Superior e sua vocação político-social descrita no seu Estatuto (PERNAMBUCO, 2008), Art. 4, inciso VIII: “prover a sociedade e seus setores produtivos de conhecimentos de tecnologias e de profissionais, visando contribuir para a construção do processo histórico-social da região e do país”. No *campus*, localizado na cidade de Garanhuns-PE, foi implantada inicialmente a graduação em Psicologia no ano de 2008 e em agosto de 2011, o curso de Medicina iniciou suas atividades.

O intuito da implantação do curso de Medicina era o de fortalecer o papel transformador que a universidade e a educação superior proporcionam em seu entorno, com consequente melhoria da qualidade de vida e condições de saúde da população da Região do Agreste Meridional de Pernambuco.

Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, o município de Garanhuns é sede da V Gerência Regional de Saúde (GERES) que abrange administrativamente 21 municípios, com mais de meio milhão de habitantes (PERNAMBUCO, 2011). Portanto, o município de Garanhuns representa o centro agregador dessas redes de serviços ao mesmo tempo que é sede da V GERES e de um *campus*, Garanhuns, da UPE.

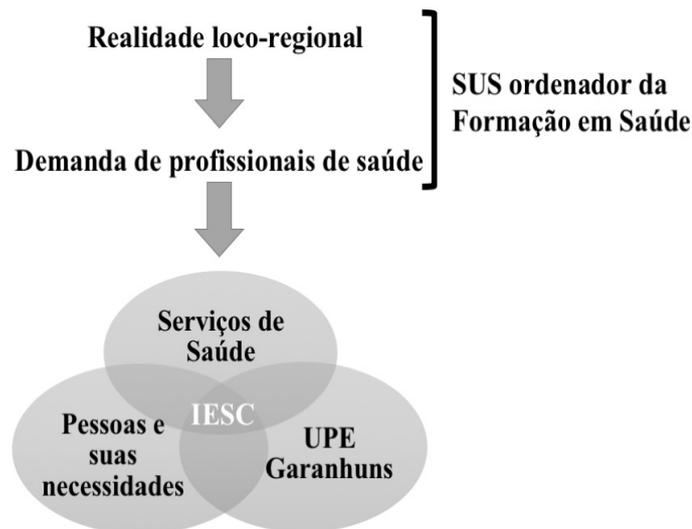
A organização das Regiões de Saúde amplia o acesso às ações e serviços de saúde, reduzindo a dependência dos grandes centros e capitais. Para tanto, é necessária a criação de uma rede de serviços com profissionais em quantidade suficiente, devidamente habilitados e capacitados para a efetivação da nova proposta de organização dos serviços no contexto do SUS. Para atender as essas exigências, o corpo docente e discente da IES também veio sofrendo transformações, a fim de qualificar o curso de Medicina como um potente transformador das práticas de ensino a partir da sua integração com os serviços de saúde e com a população.

Sobre esse tema, Chauí (2003) afirma que a universidade exprime a estrutura e o modo de funcionamento da sociedade como um todo. Isto é, uma prática social fundada no reconhecimento público de sua legitimidade e de suas atribuições, num princípio de diferenciação que lhe confere autonomia perante outras instituições sociais e estruturada por ordenamentos, regras, normas e valores de reconhecimento e legitimidade internos a ela. Destacamos aqui o trabalho do corpo docente da UPE-Garanhuns, que congrega um conjunto de funções que ultrapassam as tarefas de ministrar aulas. A docência universitária alinhada à formação do sujeito crítico está fundamentada na concepção da universidade enquanto uma instituição social produtora de saberes a partir da síntese do acúmulo teórico e observação crítica da realidade.

A IESC no curso de graduação em Medicina da UPE-Garanhuns partiu da compreensão do papel da nossa universidade na formação de um profissional atento às necessidades de saúde, considerando aspectos epidemiológicos e de organização de rede de serviços na nossa região. A figura 1 esquematiza o pensamento da equipe.

Essa articulação necessita de um diálogo permanente com as instâncias municipais e estaduais do SUS, população e universidade numa perspectiva de continuidade da formação em diversos cenários, igualmente importantes e mutuamente complementares, seja nos ambientes da universidade, seja nos ambientes dos serviços e dos territórios de abrangência da IES. Assim, em parceria, estabelecemos uma rede formadora nos serviços da rede, com compromisso de preceptoria por parte dos serviços e supervisão local por parte da UPE-Garanhuns, com prestação de educação permanente a esses preceptores.

Figura 1. Esquema orientador para a integração ensino-serviço-comunidade para o curso de medicina da UPE-Garanhuns.



Fonte: autoria própria.

Inicialmente, trabalhamos na construção dos cenários de acordo com a necessidade de cada semestre/período, à medida que o curso avançava. O curso possui 12 semestres letivos, com carga horária total de 7.310 horas. Nos períodos iniciais, a formação dos profissionais das Unidades de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Garanhuns contemplava os módulos teórico-práticos do primeiro ao quarto período do curso. Com o avanço dos módulos, os ambientes hospitalar e ambulatorial foram acrescentados. O Hospital Regional Dom Moura (HRDM) e a Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAe – Garanhuns), ambas Unidades da Secretaria Estadual de Saúde, configuraram-se como cenários de prática.

Além dos cenários predominantes, as atividades dos estudantes e professores do curso se expandem em todo o território dos municípios de Garanhuns, Caruaru e Recife (ECO da primeira turma), sobretudo no primeiro com o desenvolvimento de projetos de extensão e pesquisa universitária, além de seminários, fóruns e demais atividades com foco na integração ensino-serviço-comunidade.

Ações potencializadoras dessa integração - como a aprovação da UPE Garanhuns em Edital do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), versão 2016-2017, para fortalecimento da graduação de cursos de saúde – tem contribuído significativamente para a inserção dos estudantes nos serviços para o entendimento da complexidade na gestão e na assistência à saúde no âmbito do SUS, como a troca de experiências e saberes com outros cursos de saúde e outras universidades, além do curso de Medicina e Psicologia da UPE Garanhuns, em parceria com o curso de Veterinária da Universidade Federal do Agreste de Pernambuco (UFape), contribuindo para a prática de um processo de trabalho multiprofissional e multidisciplinar. Além disso, o Programa vem fomentando cursos para formação de preceptores, integrando-os ainda mais à UPE-Garanhuns e em especial ao curso médico.

Portando, os diversos atores que compõem a UPE-Garanhuns – corpo docentes, corpo discente, gestores – estabelecem, portanto, diálogo permanente com os serviços e a comunidade, pois, entendemos que a formação se faz na “vida real”, contribuindo para colocar no

mercado de trabalho profissionais críticos, atentos à realidade de saúde da população, ao perfil de egresso do curso e aos princípios do SUS. Acreditamos que a integração ensino-serviço-comunidade fortalece a formação e a consequente qualidade da assistência médica e dos serviços de saúde, tão caras e vitais para a sociedade.

IESC como estratégia para implantação do ECO do curso de Medicina

As discussões sobre o currículo das escolas médicas brasileiras e o perfil esperado para o egresso do curso médico vêm crescendo nas duas últimas décadas, como já mencionado anteriormente. Além das habilidades técnicas, é tencionada uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, possuindo, sobretudo, a capacidade de atuar, pautado em princípios éticos, no processo saúde-doença, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania (ASSUNÇÃO; MELO; MACIEL, 2008). O ECO entra em questão como um processo de experimentação do trabalho, ofertando aos alunos dos períodos finais do curso uma formação prática nos diferentes níveis de atenção em saúde.

O ECO é a última fase do curso de Medicina, sendo parte integrante e obrigatória do currículo de graduação que tem por finalidade o treinamento em serviço, para sedimentação dos conhecimentos adquiridos durante o curso médico. Realizado sob supervisão de preceptoria docente, médica ou da área de saúde, é realizado em instituições de saúde vinculadas à universidade e/ou a rede de saúde do SUS. Com carga horária mínima de 35% da carga total do curso, deve, necessariamente, incluir aspectos essenciais nas grandes áreas da Medicina (Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Saúde Coletiva, Saúde Mental, Urgência e Emergência e Ginecologia/Obstetrícia), com atividades eminentemente práticas.

O ECO foi, pela primeira vez, regulamentado no Brasil por resolução de 1969, do Conselho Federal de Educação (CFE) do MEC, que o tornou obrigatório como período especial de aprendizagem. Antes, existia um internato espontâneo ou informal, e só no final dos anos 1950 as escolas médicas começam a oferecer internato rotatório obrigatório. O internato teve tratamento superficial nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina (DCN) de 2001, até que em 2012 a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), instituiu, junto ao MEC, as Diretrizes Nacionais para o Internato, em consonância com as DCN para o curso médico (ZANOLLI et al., 2014).

A necessidade de uma rede articulada e organizada para as diferentes áreas do ECO, transpareceu a necessidade de iniciar as atividades da primeira turma do curso, não apenas em Garanhuns, mas nas cidades de Caruaru e Recife, uma vez que esses centros já tinham redes mais bem estruturadas para a formação de profissionais de saúde.

Para as atividades da primeira turma foi criado um desenho descentralizado, o que necessitou de um grau ainda mais avançado de IESC. Uma vez que a cidade de Caruaru - importante cidade do Agreste pernambucano, fica localizada à pouco mais de 100 quilômetros de Garanhuns e dispunha de serviços médicos especializados que habitualmente recebiam estudantes de diversos cursos da área da saúde, além de dispor de residências médicas em algumas especialidades. Segundo levantamento da ABEM (2014), existem muitas instituições com cenários de prática conveniados, a localização destes cenários na mesma cidade da instituição corresponde a 87%, e em 54% em outras cidades, com distâncias em média de 104 quilômetros, variando de 5 a 700 quilômetros.

Para organizar os cenários e supervisionar a vivência do ECO, foi, então, instituída a Comissão do Internato, com representação no colegiado do curso, na intenção de projetar e buscar a estruturação do internato, com formação composta por discentes e docentes do curso. A integração dos discentes nas comissões destinadas à organização do ECO permite o entendimento da educação médica e gestão acadêmica, por meio da participação em reuniões institucionais para organização do campo de prática nos serviços de complexidades variadas do SUS. Segundo Chaves e Gosseman (2007), estes processos de integração com a rede detêm alguns elementos facilitadores, como uma conjuntura de apoio por parte dos gestores municipais de saúde para estabelecer articulações com as instituições de ensino, compartilhando a responsabilidade de formar trabalhadores em saúde, além de as equipes profissionais da rede,

envolvidas com o processo de formação, serem compromissadas com o mesmo.

O primeiro passo da comissão foi estudar e analisar as leis e estatutos que regem o ECO médico e o seu funcionamento em outras universidades. Como resultado, instituímos o próprio estatuto do curso da UPE/Garanhuns, com o primeiro ano sendo organizado nas seguintes áreas e serviços da cidade de Caruaru: (1) Clínica Médica e Pediátrica (Hospital Mestre Vitalino); (2) Urgência e Emergência (Hospital Regional do Agreste e UPA 24 horas); (3) Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia (Casa de Saúde Bom Jesus); e (4) Medicina da Família e Comunidade / Saúde Mental (Unidades de Saúde da Família do município e Centro de Atenção Psicossocial - CAPS);

À medida que o segundo (e último) ano se aproximava, foi iniciada a busca por vagas nos serviços de saúde em Recife. Por meio de um trabalho de integração e pactuações, pedindo concessão de vagas mediante o trabalho de construção dos cenários na rede de Garanhuns, conseguimos, via trabalho da Comissão do Internato, a disponibilização das vagas para o segundo ano de internato nos hospitais de Recife.

O segundo ano do ECO foi esquematizado nas seguintes áreas: (1) Clínica Médica (Hospital Agamenon Magalhães e Hospital Otávio de Freitas); (2) Cirurgia Geral (Hospital Agamenon Magalhães e Hospital Getúlio Vargas); (3) Ginecologia e Obstetrícia (Hospital Barão de Lucena e Hospital Agamenon Magalhães); (4) Pediatria (Hospital Barão de Lucena e Hospital Otávio de Freitas); (5) Urgência e Emergência (Hospital Getúlio Vargas e Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco); e (6) Opcional Interprofissional.

Enquanto a primeira turma vivenciou o ECO neste formato, o trabalho da Comissão do Internato continuou e resultou na implementação dos rodízios de Atenção Básica (6 meses), Saúde Mental (2 meses) e Gestão (1 mês) do Ano 1 do Estágio Obrigatório (Internato médico) na cidade de Garanhuns – PE. Ou seja, um total de 8 meses de atividades práticas do último estágio de formação começou a ser vivenciado em agosto de 2018 na região. Para tanto, foram exploradas estratégias da IESC, como cursos de formação para desenvolvimento da preceptoria médica e das equipes de saúde dos serviços do SUS da cidade.

Em 2017 foi realizado o I Fórum de Educação Médica para construção coletiva e a IES, por meio de Comissão de IESC, com intensa articulação com os gestores do SUS local para o início das atividades. Como produto do período de formação nas Unidades Básicas de Saúde, os discentes do ECO desenvolvem projetos de intervenção visando a melhoria da saúde da população. A primeira turma que vivenciou esse formato desenvolveu 18 projetos de intervenção. Em agosto de 2019, a segunda turma iniciou o mesmo formato.

Um discente do internato relatou o seguinte depoimento:

“Independente do local de formação, vivenciar o ECO permitiu aprender a utilizar os sentidos: o tato nas mãos que agora seguravam poucos livros e muitos formulários; na visão, que tanto usávamos para ler fichas de evolução médica/exames e poucas linhas do livro-texto; o paladar que sentiu o pouco tempero do feijão dos refeitórios; a audição, um importante sentido que prevaleceu, foi ele que permitiu esboçar uma compreensão lógica das terapêuticas instituídas pelos preceptores. Nosso contato com eles se deu de maneiras diferentes: seja a alguns metros dos seus slides, nas visitas de enfermaria, seja nos apertos dos ambulatórios, a maioria com grande conhecimento em suas áreas, sempre se mostraram solícitos ao responderem nossas dúvidas e nos apoiar nos desafios”.

A outra, e mais importante figura do processo formativo que jamais pode ser esquecida: os usuários, que vêm dos mais variados bairros da cidade, de outras cidades ou até de zonas rurais, com as mais distintas idades e sob variadas condições, estão sempre dispostos a retribuir uma explicação amigável, um sorriso com outro sorriso e um agradecimento diante de um

ato que alivie sua enfermidade.

Há uma realidade na ampliação das relações dos internos durante o internato. Nele, os estudantes não contam mais quase exclusivamente com os professores, mas também lidam com trabalhadores, usuários e redes sociais, tornando ainda mais complexo o processo de ensino/aprendizagem, podendo compor uma experiência situada, na qual quem ensina e quem aprende se mistura num único processo, o cuidado (FERRI, 2015, p. 257).

De acordo com Assunção (2008), a construção da relação médico-paciente durante o ECO deve acontecer de forma gradativa e plena. Para isto, é condição *sine qua non* que haja maior integração entre os eixos teórico, humanístico e prático, suprimindo, dessa forma, as deficiências inerentes a cada um e concedendo condições viáveis para a formação de um médico consciente de seu papel social.

Considerações Finais

Com o movimento de expansão das universidades e sua interiorização, ocorrido no Brasil nas últimas décadas, as escolas médicas alcançaram menores centros, havendo necessidade de estruturação das redes de saúde loco-regionais para abranger atividades de ensino. A adequada IESC passou a ser ainda mais requerida por ambas as instituições, de ensino e de assistência.

Nesse contexto, se inseriu o curso de medicina da Universidade de Pernambuco/Campus Garanhuns. Muitas necessidades se situaram, particularmente na etapa do ECO, com a carência de uma rede articulada e organizada. Várias alternativas foram propostas, como: criação de um desenho descentralizado para outras cidades próximas; instituição de uma comissão do internato médico, constituída por discentes e docentes na intenção de organizar os cenários e supervisionar a vivência do ECO; integração e pactuações entre as instituições de ensino-saúde, culminando na realização de um Fórum de Educação Médica, com participação dos gestores de saúde locais.

A experiência tem sido considerada exitosa pelos participantes do processo, isso pode ser percebido pela maior integração entre os serviços de ensino-saúde e o satisfatório número de projetos de intervenção com importante participação de discentes e docentes, especialmente em turmas mais contemporâneas.

Muitas instituições de ensino na área da saúde vivenciaram esse movimento de interiorização ultimamente, de forma que a experiência relatada pode auxiliá-las na implementação, condução, e reavaliação de suas atitudes frente a esse processo. Numerosos desafios se impõem no contexto da estruturação de uma IESC, mas a atuação integrada de todos os sujeitos envolvidos parece ser a chave para bons resultados.

Referências

ALMEIDA-FILHO, Naomar. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 865-884, Dec. 2004. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400009&lng=en&nrm=iso. Access on: 08 oct. 2020.

ASSUNÇÃO, L. F.; MELO, G. C. M. DE P.; MACIEL, D. T. Relação Médico-paciente Permeando o currículo na Ótica do Estudante. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 383-389, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300013&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 10 out. 2020.

BRANDÃO, Edermeson Roque Malheiro; ROCHA, Saulo Vasconcelos; SILVA, Sylvia Sardinha da. Práticas de integração ensino-serviço-comunidade: reorientando a formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 4, p. 573-577, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n4/a13v37n4.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 4 de 7 de novembro de 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Distrito Federal, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial de União de 29 de junho de 2011. Distrito Federal, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.

_____. Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3 de 20 de junho de 2014. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Distrito Federal, 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 10 out. 2020.

CHAUÍ, M. A universidade pública sob nova perspectiva. **Revista Brasileira de Educação**, n. 24, p. 5-15, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbedu/n24/n24a02.pdf>. Acesso em: 08 out. 2020.

CHAVES, I. T. S.; GOSSEMAN, S. O Internato Médico e Suas Perspectivas : Estudo de Caso com Educadores e Educandos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 3, p. 212–222, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n3/03.pdf>. Acesso em: 08 out. 2020.

FARIA, Lina et al. Integração ensino-serviço-comunidade nos cenários de práticas na formação interdisciplinar em Saúde: uma experiência do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) no sul da Bahia, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1257-1266, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v22n67/1807-5762-icse-1807-576220170226.pdf>. Acesso em: 08 out. 2020.

FERREIRA, T.; EUZEBIO, L. G. A interiorização do ensino superior. **Desafios do desenvolvimento**, Brasília, ed. 58, p. 38-49, fev. 2010. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/documents/186968/485287/Pol%C3%ADticas+de+acesso+e+expansão+da+educação+superior+concepções+e+desafios/441ad769-2749-4daf-82b9-de01e36b05c1?version=1.2>. Acesso em: 08 out. 2020.

FERRI, P. A. Médico em Questão Situated Training or Training Situations : Medical Internship in Question. v. 39, n. 2, p. 252–260, [s.d.]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e02502014>. Acesso em: 08 out. 2020.

LANA, F.C.F. **Determinação Social da Saúde: novos caminhos da saúde pública e a responsabilidade das instituições de ensino**. Palestra de abertura do ano letivo 2015 da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/acontece-na-epsjv/determinacao-social-da-saude>. Acesso em:

25 mar. 2017.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>. Acesso em: 06 out. 2020.

MOURA, Ananda Cristine Amador de et al. Estratégias de ensino-aprendizagem para formação humanista, crítica, reflexiva e ética na graduação médica: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v44n3/1981-5271-rbem-44-03-e076.pdf>. Acesso em: 06 out. 2020.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z, ALMEIDA, F.N. **Epidemiologia e Saúde**. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. Medsi, 6ª ed. Rio de Janeiro, 2003.

PERNAMBUCO. Universidade de Pernambuco. **Estatuto da Fundação Universidade de Pernambuco**. Aprovado CONSUN 29.12.2007 e revisado em 29.07.2008. Recife, 2008. Disponível em: <http://www.upe.br/garanhuns/wp-content/uploads/2020/03/ESTATUTO-DA-UNIVERSIDADE-DE-PERNAMBUCO.pdf>. Acesso em: 06 out. 2020.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização (PDR)**, 2011. Recife, 2011. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf. Acesso em: 06 out. 2020.

QUEIROZ, C. A. **Análise da interiorização do curso de medicina da universidade federal do Ceará no município de sobral**. 2011. 95p. Grau dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/2665>. Acesso em: 06 out. 2020.

ROONEY. **A História da Medicina**: São Paulo, M. Books do Brasil Editora Ltda. 2013.

SASSI, André Petraglia et al. O Ideal Profissional na Formação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v44n1/1981-5271-rbem-44-01-e044.pdf>. Acesso em: 06 out. 2020.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas**. Scielo Books. EDUFBA, 167p. Salvador, 2006. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-07.pdf>. Acesso em: 04 out. 2020.

VENDRUSCULO, C et al. Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde. **Interface: comunicação saúde educação**, v. 20, n. 59, p. 1015-1025, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v20n59/1807-5762-icse-1807-576220150768.pdf>. Acesso em: 06 out. 2020.

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G.; GILSON, L. Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective. In: **Challenging inequities in health care: from ethics to action**. Oxford University Press; 309-322. New York: 2001.

ZANOLLI, M. B. et al. "Internato Médico" - Diretrizes Nacionais da Abem para o internato no curso de graduação em medicina , de acordo com as diretrizes curriculares nacionais. In: **10**

Anos das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. 1. ed. Rio de Janeiro: [s.n.]. v. 1p. 57–87. Disponível em: http://www.ufrgs.br/pediatria/Repositorio/seminarios/subsidios-bibliograficos/documentosbasicos/Lampert_10_anos_das_diretrizes_curriculares_nacionais_dos_cursos_de_graduacao_em_medicina_2014.pdf/at_download/file. Acesso em: 02 out. 2020.

Recebido em 14 de outubro de 2020.

Aceito em 06 de maio de 2021.