

## VISITAS DOMICILIARES COMO ESTRATÉGIAS DE ENSINO EM UM CURSO DE MEDICINA: POSSIBILIDADES E IMPASSES

Daniel Granada da Silva Ferreira<sup>1</sup>  
Claudete Rempel<sup>2</sup>  
Magali Teresinha Quevedo Grave<sup>3</sup>

**Resumo:** A Visita Domiciliar (VD) é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Este artigo aborda o processo de implementação das VDs em um curso de medicina da região Sul do Brasil. A partir do emprego do método etnográfico são descritos os desafios que se apresentaram nas relações entre ensino, serviço e comunidade, buscando, mesmo antes do início do referido curso, assegurar o cumprimento das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina. Os resultados demonstram a importância da comunicação e coesão do corpo docente e gestores da universidade e da relação dialógica com os gestores municipais de saúde, equipes de saúde da ESF (Estratégia Saúde da Família) e populações atendidas. Também se faz necessário um trabalho intenso junto aos estudantes para esclarecimentos e orientações sobre os objetivos do Projeto Pedagógico do Curso e das VDs. As conclusões assinalam a necessidade constante de rever os pactos e do intenso diálogo entre ensino e serviço com o intuito de fortalecer e de tornar significativa a prática pedagógica, com vistas à formação de um profissional médico que conheça e respeite a comunidade na qual está inserido.

**Palavras-chave:** visitas domiciliares; integração ensino e serviço; saúde e sociedade; novas diretrizes curriculares dos cursos de medicina.

---

1 Graduado em Ciências Sociais. Doutor em Etnologia pela Universidade de Paris Ouest Nanterre La Défense (França) e PhD em história pela Universidade de Essex (Reino Unido). Docente da UFSC.

2 Bióloga. Doutora em Ecologia. Docente do Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Desenvolvimento e Coordenadora Administrativa do Curso de Medicina.

3 Fisioterapeuta. Doutora em Medicina e Ciências da Saúde. Docente do Curso de Medicina da Univates.

# HOME VISITS AS TEACHING STRATEGIES IN A MEDICINE COURSE: POSSIBILITIES AND IMPASSES

**Abstract:** The Home Visit (HV) is an interaction technology in health care, being of fundamental importance when adopted by the health team in understanding the living and health conditions of the families under their responsibility. This article addresses the process of implementing VDs in a medical course in the South of Brazil. Using the ethnographic method, the challenges that arose in the relationships between teaching, service and community are described, seeking, even before the start of the aforementioned course, to ensure compliance with the new National Curricular Guidelines for Medicine courses. The results demonstrate the importance of communication and cohesion between the teaching staff and university managers and the dialogical relationship with municipal health managers, health teams of family health strategies and populations served. Intense work with students is also necessary to provide clarification and guidance on the objectives of the Pedagogical Project of the Course and the HVs. The conclusions highlight the constant need to review pacts and intense dialogue between teaching and service with the aim of strengthening and making pedagogical practice meaningful, with a view to training a medical professional who knows and respects the community in which they are inserted.

**Keywords:** home visits; integration of teaching and service; health and society; new curricular guidelines for medical courses

## INTRODUÇÃO

Este trabalho busca uma reflexão crítica sobre os desafios do processo de implementação das Visitas Domiciliares (VD) com os estudantes do curso de medicina de uma instituição de ensino superior (IES) comunitária no Vale do Taquari. A VD é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade (GIL *et al.*, 2008). A reflexão tem como objeto de estudo privilegiado a criação e funcionamento de um novo curso de medicina e os desafios decorrentes desta proposta. O trabalho foi desenvolvido com base na aplicação do método etnográfico, observação participante e entrevistas informais com professores, alunos, agentes comunitários de saúde (ACS) e gestores da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A etnografia é um método clássico de pesquisa utilizado na antropologia; alguns autores têm problematizado seu uso e aplicação na área da saúde, assinalando as vantagens e limites do método etnográfico aplicado à área da saúde (DUARTE; LEAL, 1998; CAPRARA; LANDIN, 2008; MARTINEZ-HERNÁEZ, 2010; MINAYO, 2012).

O Curso de Medicina nasce para satisfazer uma demanda regional por profissionais médicos e pensado com vistas a atender às determinações da lei 8080/90 (BRASIL, 1990), elaborada com intuito de regular a atuação do SUS (sistema único de saúde) em todo o território nacional. Com a aprovação desta lei modifica-se de maneira profunda a política de Estado no que tange à saúde da população. A partir dela, a saúde passa a ser reconhecida como direito fundamental de todo o ser humano. Ao Estado então, cabe o dever de garantir a saúde da população através

de políticas públicas e sociais, visando o acesso universal e igualitário ao sistema de saúde vigente no País.

O curso foi criado com o objetivo de promover atividades que permitam ao egresso o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes relacionadas com o exercício profissional da Medicina, com a tomada de decisões, a comunicação, a liderança, a administração e o gerenciamento na área de atenção à saúde, e com a educação permanente, em conformidade com as diretrizes curriculares instituídas pela Resolução CNE/CE 09 nº 04 de 07 de novembro de 2001, da época de implantação e adequações realizadas com as Diretrizes de 2014 e 2022 (Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014 e Resolução CNE/CES nº 3, de 3 de novembro de 2022), tendo como um dos princípios fundamentais, a integralidade da atenção e a formação de médico generalista (BRASIL 2014; BRASIL, 2022).

Desta perspectiva, a saúde passa a ser entendida em sentido ampliado e não apenas como a ausência de doenças, contrapondo-se a abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. O olhar do profissional, neste sentido, deve ser totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocial. Assim, seria caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos (ALVES, 2004). Devendo, a partir de então, ser compreendida como o bem estar físico, mental e social dos indivíduos.

Dentre os princípios e diretrizes que orientam o SUS, destacam-se a universalidade de acesso aos serviços de saúde e a integralidade da assistência. No campo da saúde, a integralidade tem sido reconhecida como expressão polissêmica, com seus muitos possíveis sentidos convergindo quanto a contraposição ao reducionismo, a fragmentação e objetivação dos sujeitos (MATTOS, 2001). No que diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço.

Ressalta-se ainda, na lei 8080/90, a importância do atendimento domiciliar por meio da atuação de equipes profissionais multidisciplinares, haja vista que a VD possibilita um contato direto com a realidade do indivíduo e seu contexto familiar e comunitário, estando assim, o profissional que passa por estas experiências, munido de estratégias de educação em saúde que ofereçam resolutividade na assistência em saúde, nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2008).

A referida lei prevê igualmente, a necessidade do cumprimento ao disposto nas DCN para os Cursos de Graduação em Medicina na elaboração do Plano Pedagógico do Curso. A resolução acentua em seu artigo terceiro o perfil do egresso de formação generalista, humanística e pautada por princípios éticos, com senso de responsabilidade e compromisso social com a cidadania e na perspectiva da integralidade da atenção à saúde. A estrutura do curso deve estar pautada pela integração entre ensino e serviço, desde o início da formação, oferecendo ao estudante, diferentes cenários de ensino e de aprendizagem que o permitam

vivenciar e conhecer situações variadas de vida, bem como do trabalho e organização de equipes multiprofissionais.

Conforme descrito no Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de medicina, espera-se que o profissional médico formado por esta IES tenha como características a formação generalista, humanística, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção e por meio de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania (PPC MEDICINA, 2022).

Em conformidade com o que recomenda a cartilha do Ministério da Saúde “Aprender SUS” para cursos de graduação na área de Saúde, “O ensino-aprendizagem na área técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não deveria ganhar o status de seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento” (BRASIL, 2004, p. 7). Corroborando com o exposto, de acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004), a formação deveria priorizar a mudança das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de acolher as várias dimensões e necessidades das pessoas, dos coletivos e das populações.

Assim, a inserção em campo dos alunos do curso de medicina é uma estratégia valiosa e necessária para que os objetivos do Projeto Pedagógico do Curso - PPC sejam alcançados; além disso, a diversificação dos cenários de prática constitui-se em estratégia para a modificação curricular, aproximando os alunos da vida cotidiana das pessoas e propiciando, desta forma, o desenvolvimento de um olhar crítico, reflexivo e humanizado, pautado pela compreensão da realidade em que elas estão inseridas (FERREIRA, 2007; BRASIL, 2010). O processo de mudança na educação traz inúmeros desafios, entre os quais, romper com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e, ainda, o de formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam uma atuação interdisciplinar e integral, com vistas a recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos (BERBEL, 2011).

Importante ressaltar que as reuniões para a organização do curso iniciaram dois anos antes de sua implementação; já em 2012 houve uma série de encontros, formações, capacitações e debates para elaboração das primeiras ideias de conteúdos a serem trabalhados no curso. Começou-se, a partir de então, a se pensar como organizar as atividades práticas nas ESF localizadas no município sede da Instituição de Ensino Superior. O debate inicial girava em torno de quais critérios deveriam ser levados em conta na escolha da unidade, tendo sido eleita, dentre as 14 ESF do município, aquela considerada como um modelo de atenção à saúde no município. Nesta ESF são realizadas: consultas médicas e de enfermagem; consultas e atendimento com nutricionista; consultas e atendimento odontológicos; grupos de gestantes, hipertensos, diabéticos, nutricional, puericultura e adolescente; consultas de pré-natal; procedimentos de enfermagem; VD; Trabalhos vinculados

à comunidade; Trabalhos vinculados às Escolas; Aplicação e controle de vacinas. A equipe conta com médico, enfermeiras, nutricionista, dentista e uma equipe de seis ACS.

Diante dessa contextualização, o objetivo desse artigo é apresentar as possibilidades e os impasses da implantação de visitas domiciliares desde o início da formação, como estratégias de ensino em um Curso de Medicina.

## **INSERÇÃO DOS ALUNOS**

Durante a fase de preparação do Módulo Saúde e Sociedade, que é o componente curricular que percorre todos os semestres do curso, muito se debateu com relação a forma que deveria ser feita a inserção destes alunos no bairro. Havia um grande cuidado entre o grupo de professores sobre como se dariam os primeiros contatos, procurou-se prever ao máximo o que poderia não funcionar como o previsto, a fim de se evitar atritos e possíveis desconfortos com a equipe de profissionais que trabalha na ESF e com os moradores do bairro. De forma concomitante, nas reuniões do grupo de professores discutiam questões associadas à integração Ensino e Serviço que pode ser definida da seguinte maneira:

Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes 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. (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008, p. 357).

Para preparar-se a chegada dos alunos no campo de práticas, discutia-se seguidamente sobre a necessidade de se rever e atualizar as pactuações feitas entre a equipe da ESF, os gestores e o grupo de professores e alunos que, de certo modo, “invadem” seu espaço de trabalho. Neste primeiro momento, mesmo que este debate parecesse não ter muito sentido para alguns professores, pois que o curso ainda não havia iniciado, ele se tornou fundamental nas interações iniciais com os ACS, equipe da ESF e professores do curso.

Com a proximidade do início do curso de medicina começou-se a sentir necessidade de ir-se a campo para contato com os ACS a fim de se preparar para a inserção dos estudantes e planejar a rotina das visitas. As dúvidas eram muitas, não se tinha ideia de quantas famílias poderiam ser visitadas em um dia de campo, com duração em torno de 4h, conforme previsto no cronograma das aulas. Também deveria se pensar o número de famílias visitadas em um mês, que tipo de famílias seriam selecionadas e quais critérios deveriam ser elencados para estabelecimento da seleção.

## **PRIMEIRA VISITA DE PROFESSORES AO BAIRRO**

Com base nestas necessidades agendou-se uma reunião na ESF. O encontro, que durou em torno de duas horas, contou com a presença de um grupo de

professores e coordenadora pedagógica do curso de Medicina, dos ACS e do médico responsável pela ESF. Foram expostos aos ACS quais eram os objetivos das visitas domiciliares juntamente aos alunos do curso e também, perguntou-se sobre suas expectativas e dúvidas sobre a vinda dos estudantes. Eles se mostraram receptivos e disseram esperar que os estudantes viessem contribuir com o trabalho que eles realizavam. Questionou-se então, quanto tempo durava em média cada visita; foi-nos informado que as visitas variam entre 15min e 1h, em média uma visita a cada 30min. A partir deste número foi possível estabelecer que cada dupla de alunos teria como meta a visita de seis famílias em um mês, considerando as quatro visitas mensais a serem realizadas na ESF. Estabeleceu-se que as duplas seriam acompanhadas pelo mesmo ACS responsável pela seleção de famílias a serem visitadas. A escolha destas famílias respeitou critérios de diversidade de composição familiar (famílias monoparentais, casal com filhos, casal de idoso, pessoa só etc.) e variedade de condição socioeconômica, respeitando a própria heterogeneidade do bairro.

Os ACS se dividem em micro áreas dentro do bairro e, a fim de facilitar o conhecimento e deslocamento dos professores e estudantes no local, tiveram a iniciativa de fazer um mapa de localização de suas microrregiões. Nas regiões mais distantes seria necessário o transporte em virtude do pouco tempo disponível para o deslocamento. Era necessário prever este deslocamento dentro do planejamento das visitas e do orçamento do curso.

Alguns agentes de saúde demonstraram preocupação no sentido de como os estudantes reagiriam às visitas: se saberiam respeitar a diversidade e o estilo de vida das pessoas do respectivo bairro. Relataram uma experiência desagradável que tinham passado com uma estagiária de outro curso, há tempos, que acompanhou uma das agentes de saúde em uma VD. O relato dizia que a estagiária ao chegar a uma das residências tinha se negado a sentar e feito “cara de nojo” ao olhar para o sofá da casa, sendo que depois deste episódio a moradora não aceitou mais que a mesma viesse fazer visitas. Explicou-se que os estudantes seriam preparados previamente pelos professores para que este tipo de situação não ocorresse.

Depois deste primeiro encontro foi mais fácil organizar o trabalho na ESF. Já se conhecia o local e as pessoas que nele trabalhavam; já se tinha definido uma agenda de que contava com a participação dos ACS na seleção das famílias; tinham-se as metas definidas com relação ao número de famílias a serem visitadas em um determinado período e também, já se sabia as habilidades e competências que os estudantes deveriam desenvolver, a partir das VD. Assim, o grupo de professores elencou, coletivamente, alguns conteúdos a serem trabalhados, a partir das habilidades previstas no módulo Saúde e Sociedade I.

## **RELAÇÃO TEORIA E PRÁTICA**

Com o avanço nas reuniões preparatórias dos professores, começou-se uma discussão em grupo composto por nutricionista, enfermeiras, médicos e professores da IES, nas sextas-feiras e sábados em um curso de formação de tutores

em Metodologias Ativas de Ensino e Aprendizagem. A partir destes debates interdisciplinares, muitos dos assuntos abordados passavam a fazer sentido e vinham ao encontro da proposta pedagógica do PPC do Curso de Medicina e do perfil de seus egressos.

Começava-se o curso de medicina, a partir de uma perspectiva interdisciplinar e de integralidade da atenção à saúde, na qual se espera que o estudante conheça a realidade e as condições de saúde da população de uma determinada região, que se aproxime dos profissionais da ESF e que estabeleça, ao longo do processo de formação, a construção de inter-relações com a comunidade atendida.

Em um dos encontros entre professores e profissionais da ESF foi solicitado aos participantes a redação de um relato de caso sobre uma situação de integração entre ensino e serviços de saúde. Dentre os relatos apresentados, especialmente um deles, pareceu ser interessante de ser problematizado nas primeiras aulas de antropologia, dentro do eixo Integração Ensino-Serviço-Comunidade, no módulo inicial de Saúde e Sociedade I, pois descrevia o caso de uma turma de estudantes de medicina, que chegando a um bairro da periferia da capital do Rio Grande Sul, vai diretamente à casa de uma família para prestar auxílio, no que entendiam ser necessário, a uma criança e é mandada embora pelos pais. A descrição do episódio permite que o aluno reflita sobre questões ligadas à alteridade, igualdade e diferença, etnocentrismo, questões caras à antropologia.

A utilização deste relato permitiu que se começasse a estabelecer, em sala de aula, as relações diretas nos debates entre os professores do curso de medicina. Cada vez mais as discussões mostravam possíveis caminhos que os professores poderiam percorrer no sentido de trabalhar as metodologias ativas com a turma. As metodologias ativas estão preconizadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para implementação de cursos de Medicina. A educação está em constante metamorfose e, para auxiliar nessas mudanças, as metodologias ativas buscam facilitar o processo de ensinar (SANTOS; MAGEDANZ, 2018).

Os professores do eixo Integração Ensino-Serviço-Comunidade acompanharam os estudantes em suas primeiras visitas domiciliares. Após as VD, realizadas por duplas de estudantes, o ponto de encontro foi a ESF, momento em que se fazia a leitura dos relatos e impressões dos estudantes sobre as famílias visitadas.

As VD colocavam os professores frente a novas experiências e descobertas, oferecendo mais elementos para o trabalho de sala de aula. Pouco a pouco, professores e estudantes conheciam cada vez mais o bairro, suas particularidades e suas famílias, integrando diferentes conhecimentos à realidade social desta comunidade.

Assim, a educação deve ser capaz de desencadear uma visão integral, de interdependência e de interdisciplinaridade, além de possibilitar a construção de redes de mudanças sociais, com a conseqüente expansão da consciência individual e coletiva. Um dos seus méritos está, justamente, na crescente tendência à busca de métodos inovadores, que admitam uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, ultrapassando os limites do treinamento puramente técnico, para

efetivamente alcançar a formação do homem como um ser histórico, inscrito na dialética da ação-reflexão-ação (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Buscando romper a lógica tradicional de educação, que se constitui basicamente de um processo institucional de transmissão de conhecimentos e de inclusão de valores socialmente aceitos, nas aulas do curso de medicina iniciou-se a experimentação de metodologias ativas de ensino e de aprendizagem. Estas novas abordagens pedagógicas progressivas de ensino e de aprendizagem vêm sendo construídas e implicam formar profissionais como sujeitos sociais com competências éticas, políticas e técnicas e dotados de conhecimento, raciocínio, crítica, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitando-os para intervirem em contextos de incertezas e complexidades, cuja aprendizagem lhes seja significativa.

Para Coll (2004) existem duas condições para a construção da aprendizagem significativa: a existência de um conteúdo potencialmente significativo e a adoção de uma atitude favorável para a aprendizagem, ou seja, a postura própria do discente que permite estabelecer associações entre os elementos novos e aqueles já presentes na sua estrutura cognitiva. Ao contrário, na aprendizagem mecânica, não se consegue estabelecer relações entre o novo e o anteriormente aprendido (HOFFMANN; KOIFMAN, 2013). Há também a necessidade de uma outra postura docente, que será àquele que constrói junto, estimulando o estudante a buscar, investigar, estudar. Ao invés de oferecer o conhecimento, os conceitos prontos, provoca o estudante a buscar, problematizando e instigando-o a questionar e construir problemas de aprendizagem, para os quais ele mesmo buscará as respostas, no momento que elas são significativas (para uma síntese do debate sobre metodologias ativas na saúde e especialmente nos cursos de medicina MITRE *et al.*, 2008; MARIN *et al.*, 2010).

A partir do relato de experiência de um professor do curso, em aula, os alunos elaboraram uma questão de aprendizagem sobre a temática das VD, refletindo sobre o etnocentrismo e a questão da alteridade. As sínteses individuais mostraram profundidade na reflexão dos estudantes e a síntese coletiva ficou bem elaborada. Os estudantes gostaram do exercício; de alguma forma eles também se viam naquele relato que tinha total sentido para eles, uma vez que colocava em relevo as inquietações que eles próprios partilhavam a partir das suas experiências nas VD, sendo vistos pelos moradores, como futuros médicos em formação. Vale ressaltar que, inicialmente, a orientação foi de que os estudantes se dirigissem ao bairro usando os jalecos brancos como uma forma de identificá-los como estudantes da área da saúde, entretanto, algumas famílias sinalizaram que não se sentiam à vontade. Assim, o jaleco deixou de ser utilizado nas VD's.

As visitas continuaram durante o semestre letivo. Da perspectiva dos estudantes tudo era descoberta; eles se surpreendiam com a organização que havia sido colocada em prática: O microônibus sempre estava no horário, os agentes de saúde tinham uma lista de famílias para visitar e assim, eles começavam a se sentir como aprendizes de médicos, visitando as famílias, aplicando as questões do questionário da “ficha A” do e-SUS (BRASIL, 2003; BRASIL, 2018), e se familiarizando conversando com as



peças do bairro. Na semana seguinte foi solicitado aos estudantes a produção de um relato de caso baseado na experiência das visitas domiciliares. Todos deveriam redigir um diário de campo sobre suas visitas, descrevendo uma situação ou visita que tivesse chamado a atenção deles. Trouxeram diferentes relatos de casos de idosos que vivem sozinhos, de famílias monoparentais, além de outros tipos de situações que tinham lhes chamado a atenção. Um ponto positivo na visão dos estudantes foi a existência de uma heterogeneidade bastante grande no perfil das famílias, tanto de composição, como socioeconômica.

A partir desta vivência, a redação sobre a experiência de campo foi importante porque a começou a ficar mais clara a relação entre o trabalho de sala de aula e as visitas domiciliares por eles realizadas. Esta reflexão abriu espaço para a preparação de um seminário integrador, no qual onde eles foram convidados a constituir grupos e buscar temáticas vistas em campo para desenvolver e apresentar neste dia. Cada grupo teve a possibilidade de escolher o tema a ser socializado com os colegas e professor.

## **PROBLEMAS E DESAFIOS**

Com o avançar do semestre, nem tudo correu conforme o esperado: os estudantes começaram a ficar inquietos com as visitas, reclamavam da coleta de dados a partir da Ficha A do e-SUS que eles deveriam preencher a cada visita domiciliar, alguns entendiam que estavam realizando o trabalho das agentes comunitárias de saúde, enquanto o que queriam de fato era se tornarem médicos, e na imaginação dos alunos, tornar-se médico significava realizar consultas e prescrições médicas. Refletindo-se sobre o “desejo” manifesto dos estudantes, é necessário lembrar que a formação superior dos profissionais de saúde foi, de modo geral, historicamente construída sobre a fragmentação de conteúdos e organizada em torno de relações de poder, as quais conferiram ao professor especialista uma posição de centralidade no processo de ensino e aprendizagem. Essa construção, entre outros aspectos, trouxe algumas dificuldades, tais como o enfoque privilegiado nos determinantes biológicos, na doença e no trabalho hospitalar, vinculou-se à excessiva especialização e ao distanciamento dos conteúdos curriculares necessários à formação de um profissional de saúde com perfil capaz de responder às necessidades da população (REGO, GOMES, SIQUEIRA-BATISTA, 2007).

Tal dificuldade relaciona-se com o perfil dos egressos, fruto de uma formação que, por um longo tempo, privilegiou a especialização, o uso intensivo de tecnologia e os procedimentos de alto custo, enquanto acumulavam-se as necessidades básicas de saúde de grande parte da população brasileira (FEUERWERKER, 2003). Os problemas e questionamentos com as visitas começaram, assim, a gerar desconfortos em sala de aula e questionamentos aos professores do módulo Saúde e Sociedade I; alguns alunos apresentavam grande resistência e uma certa animosidade com as atividades propostas e reclamavam também da falta de comunicação entre os professores.

Com relação ao serviço, os desafios igualmente apareceram, os ACS reclamavam de excesso de trabalho com os estudantes, já que tinham que disponibilizar tempo para atender os grupos de estudantes em quatro turnos; deste modo, não conseguiam cumprir as metas de trabalho estabelecidas pelos gestores e eram cobrados com relação a isso. Também reclamavam de mudanças na programação e cancelamentos realizados de última hora, principalmente em dias de chuva, quando os alunos permaneciam na universidade.

Da parte dos professores era debatido o excesso de trabalho gerado pelas reuniões extraclasse, realizadas geralmente no turno da noite e, relativo aos deslocamentos semanais para a ESF, não contabilizados como tempo à disposição do curso. Todos estes problemas passaram a ser encaminhados com muito diálogo entre as partes, a fim de se estabelecerem pontos comuns convergentes que viabilizassem a realização do trabalho e colocasse de acordo as partes.

Gradativamente, nas reuniões docentes, a metodologia das VD's foram se transformando, considerando-se o feedback das famílias, da equipe da ESF, dos estudantes e professores, no sentido de tornar a experiência exitosa para todos os envolvidos no processo.

## CONCLUSÃO

A implementação das VD do Curso de Medicina a partir da relação dialógica com os envolvidos no processo, das reflexões, avanços e retrocessos, no intuito de se encontrar o melhor caminho, tanto para a comunidade atendida, professores, estudantes e funcionários da ESF, que não mediram esforços e trabalharam em conjunto, Houve muito empenho e comprometimento da equipe de funcionários da ESF que trabalharam em conjunto, revendo sistematicamente os pactos e debatendo questões relevantes para a integração adequada entre ensino e serviço.

Os debates realizados pelo grupo de professores foram de grande importância para indicar caminhos e preparar os professores para os desafios da implementação das saídas a campo. Convém destacar que este processo ainda está em construção, mas os encontros do corpo docente e os debates realizados no grupo de professores tiveram papel de prever eventuais problemas e dificuldades que, desta forma, foram evitados durante o planejamento e execução do trabalho. Enquanto processo, a construção de um curso de medicina, ao completar 10 anos, ainda é compreendida como inacabada, onde a discussão entre as partes, o diálogo e a escuta entre professores, alunos, ACS e gestores são a chave para uma continuidade e eventuais ajustes que venham a ser necessários. Muitas alterações foram realizadas ao longo desses 10 anos, contudo, as VD domiciliares continuam sendo vistas como necessárias e uma importante etapa na formação dos futuros médicos. Os alunos continuam realizando seus portfólios relatando suas experiências e o que aprenderam com as famílias e os profissionais que os acompanham.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, V. S.; GOMES, A. P.; REZENDE, C. H. A.; SAMPAIO, M. X.; DIAS, O. V.; LUGARINHO, R. M. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 23, n. 3, p. 356-362, 2008.
- ALVES, V. S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39-52, set.2004/fev.2005.
- BRASIL. **Lei nº 8080**, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 19/09/1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 4.<sup>a</sup> reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília: MS, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis**. Brasília-DF: MS, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos Humaniza SUS**, v. 2. Atenção Básica – Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: MS; 2010.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES Nº 3, de 20 de junho de 2014**. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: **Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS – Versão 3.0** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES Nº 3, de 3 de novembro de 2022**. Diário Oficial da União, Brasília, 7 de novembro de 2022, Seção 1, p. 38.
- BERBEL, N.A.N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.A.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 65-76,, 2004.

COLL, C. Significado e Sentido na Aprendizagem Escolar: Reflexões em torno do Conceito de Aprendizagem Significativa. In: MONTROYA, A. O. D. (Org.). **Pedagogia cidadã: cadernos de formação, psicologia da educação**. 2 ed. revista e ampliada. São Paulo: UNESP, 2004.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 12, n. 25, p. 3363-76, abr./jun. 2008.

FERREIRA, R. C.; SILVA, R. F. da; AGUERA, Cristiane Biscaino. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, Apr. 2007. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022007000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000100008&lng=en&nrm=iso).

FEUERWERKER, L.C.M. Reflexões sobre as experiências de mudança na formação de profissionais de saúde. **Olho Mágico**, v. 10, n. 3, p. 21-26, 2003.

GIL, C. R. R. *et al.* Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, June 2008. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022008000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000200011&lng=en&nrm=iso).

HOFFMANN, L. M. A.; KOIFMAN, L. O olhar supervisivo na perspectiva da ativação de processos de mudança. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 573-587, 2013.

MARIN, M.J.S. *et al.* Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, Mar. 2010. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022010000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000100003&lng=en&nrm=iso).

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Angel. Dialógica, Etnografia e Educação em Saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 399-405, 2010.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64.

MINAYO, M. C. de S. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Huicitec, 2012.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, Dec. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000900018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018&lng=en&nrm=iso).

REGO, S.T.A.; GOMES, A.P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Humano demasiado humano: bioética e humanização como temas transversais na educação médica. **Cad. ABEM**, v. 3, p. 24-33, 2007.

SANTOS, A. C. dos; MAGEDANZ, A. Metodologias ativas e qualificação docente: um estudo de caso. **Signos**, Lajeado, ano 39, n. 2, p. 56-71, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22410/issn.1983-0378.v39i2a2018.1885>