

Experiências docentes e discentes

A FORMAÇÃO MÉDICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O OLHAR SINGULAR DE UM ACADÊMICO

MEDICAL TRAINING IN PRIMARY CARE: THE SINGULAR LOOK OF AN ACADEMIC

FORMACIÓN MÉDICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: LA MIRADA SINGULAR DE UNA ACADÉMICO

Graciela Soares Fonsêca¹

Lucas Dalmolin Lovatto²

Resumo

Visando contemplar as demandas atuais no contexto do trabalho em saúde, dentre outras mudanças, foram elaboradas novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para nortear os cursos de graduação em Medicina no Brasil, tendo como uma das orientações a necessidade de inserir o futuro médico no contexto da Atenção Primária em Saúde (APS), no sentido de alcançar uma formação integral e coerente com os anseios e necessidades da sociedade. O objetivo desse trabalho é apresentar a experiência de um graduando em Medicina na sua primeira semana de inserção na APS. Por meio dos Componentes Curriculares Regulares (CCR) de Saúde Coletiva, os estudantes são inseridos na APS e registram esse processo de inserção em portfólios teórico-reflexivos. Assim, ao longo da discussão, é apresentada a vivência do aluno em um período de cinco dias no âmbito da APS, bem como a relação que o estudante conseguiu estabelecer com os temas trabalhados no CCR de Saúde Coletiva I. Baseado no tripé 'descrição, reflexão e teorização', o estudante ressignificou, ao longo da redação do portfólio, os conhecimentos construídos, caminhando na direção da aprendizagem significativa. Conclui-se que a experiência foi positiva uma vez que foi possível a integração entre o conhecimento teórico e a experiência vivenciada, além do processo de reflexão dos saberes em contato com a realidade da APS. Mais do que isso, a inserção na APS desperta os futuros médicos para a importância da determinação social do processo saúde-doença e da sua futura responsabilidade como profissional de saúde cidadão.

Palavras-chave: Educação Superior. Atenção Primária à Saúde. Serviço de Integração Docente-Assistencial.

Abstract

Aiming to contemplate current demands in the context of health work, among other changes, new National Curricular Guidelines were developed to guide graduation courses in Medicine in Brazil, including one of the guidelines as being the need to insert the future doctor in the context of Primary Health Care (PHC), in order to achieve an integral formation that is coherent with the needs and desires of society. The objective of this work is to present the experience of a Medical student in his first week of insertion in PHC. Through the Regular Curricular Components (CCR) of Public Health, the students are inserted in the PHC and record this process of insertion in theoretical-reflexive portfolios. Thus, during the discussion, the student's experience in a five days period in the extent of the PHC is presented, as well as the correlation that the student was able

¹ Docente de Saúde Coletiva. Curso de Medicina. Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: graciela.fonseca@uffs.edu.br

² Estudante do curso de Medicina. Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: lovatto.lucas@gmail.com

to establish with the contents taught in the CCR of Public Health I. Based on the tripod 'description, reflection and theorizing', the student resignified the themes treated in the semester moving towards meaningful learning. It was concluded that the experience was positive since it was possible to integrate the theoretical knowledge and the lived experience, besides the process of reflection on the knowledge in contact with the PHC reality. More than that, the insertion in the PHC awakens future doctors to the importance of the social determination of the health-disease process and its future responsibility as a health professional citizen.

Keywords: Education, Higher. Primary Health Care. Teaching Care Integration Services.

Resumén

Con el fin de abordar las demandas actuales en el contexto del trabajo en salud, entre otros cambios, se desarrollaron nuevas Directrices Curriculares Nacionales (DCN) para guiar los cursos de Medicina de pregrado en Brasil, teniendo como una de las orientaciones la necesidad de insertar al futuro médico en el contexto Atención Primaria de Salud (APS), para lograr una formación integral consistente con los deseos y necesidades de la sociedad. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia de un estudiante de Medicina en su primera semana de inserción en APS. A través de los Componentes Curriculares Regulares (CCR) de Salud Colectiva, los estudiantes se insertan en la APS y registran este proceso de inserción en carteras teórico-reflexivas. Por lo tanto, a lo largo de la discusión, se presenta la experiencia del estudiante en un período de cinco días dentro de la APS, así como la relación que el estudiante pudo establecer con los temas trabajados en el CCR de Salud Colectiva I. Según la descripción del trípole 'descripción, reflexión y teorización', el alumno volvió a significar, junto con la redacción del portafolio, el conocimiento construido, avanzando hacia un aprendizaje significativo. Se concluyó que la experiencia fue positiva ya que fue posible integrar el conocimiento teórico y la experiencia vivida, así como el proceso de reflexión del conocimiento en contacto con la realidad de la APS. Más que eso, la inserción en la APS despierta en los futuros médicos la importancia de la determinación social del proceso de salud-enfermedad y su futura responsabilidad como profesional de la salud ciudadana.

Palabras clave: Educación Superior, Atención Primaria de Salud, Servicios de Integración Docente Asistencial.

Introdução

A necessidade de modificar a formação em saúde, em especial nos cursos de Medicina, representa uma demanda antiga, intensificada a partir da década de 1970. O perfil predominante, até então, do médico tecnicista, hospitalocêntrico e biologicista não é coerente com a sociedade contemporânea que, de maneira sintética, agrega doenças transmissíveis com agravos crônicos e envelhecimento populacional (CAMPOS *et al.*, 2012).

Entre as iniciativas de mudanças implementadas e experimentadas nos últimos anos, destaca-se o Programa Mais Médicos (PMM) que, dentre outras medidas, previu a reordenação da oferta de cursos de medicina no Brasil e indicou a elaboração de novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (BRASIL, 2013). Dentre as inúmeras adequações indicadas pelas DCN, aparece como fundamental a disponibilização de espaços de formação no mundo do trabalho, sobretudo no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS) que viabilizem a construção de competências e habilidades para o trabalho em saúde orientado pela integralidade (PINHEIRO; CECCIM, 2011).

A imersão na realidade permite que os estudantes encontrem o paciente real, vinculado ao seu território e à sua existência, oportunizando uma aproximação com suas organizações de vida, suas redes sociais, suas conexões afetivas e seus modos de viver singulares e subjetivos. Além

disso, o estudante pode se aproximar e compreender o trabalho de uma equipe multiprofissional, bem como as tecnologias, desafios e fortalezas vinculadas ao contexto do trabalho em saúde (KASTRUP, 2013).

Esse ambiente, como *lócus* que também é pedagógico, favorece problematizações, discussões, análises e reflexões que sustentam a elaboração de um processo de conhecimento significativo (KASTRUP, 2013). A integração de conteúdos encontra terreno fértil, apoiada pela ação-reflexão-ação que envolve conflitos, contradições, interações e problemas sociais e culturais, sendo o estudante o maior protagonista da construção de conhecimentos (FERREIRA *et al.*, 2007).

A inserção dos estudantes na APS, desde o início do curso, gera benefícios para a formação (FEUERWERKER, 2014), permitindo a construção de saberes condizentes com as reais necessidades de saúde da população. A inserção dos estudantes no cotidiano da Unidade Básica de Saúde (UBS) apresenta-se como uma possibilidade de qualificar a formação em saúde por meio da apropriação das características do ambiente frequentado, aprimorando assim o atendimento à população (ALBERTO *et al.*, 2019).

Pautado por essas convicções, o curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, *Campus* Chapecó, por meio dos Componentes Curriculares Regulares (CCR) de Saúde Coletiva – presentes na estrutura curricular do primeiro ao oitavo semestre – propicia a inserção dos estudantes em UBS, denominados no município de Centros de Saúde da Família (CSF), desde o início da graduação (UFFS, 2018).

O objetivo desse trabalho é apresentar a experiência de um estudante do referido curso em sua primeira semana de inserção na APS. Como primeiro contato do estudante com a realidade do trabalho em saúde, esse período foi dotado de descobertas, inquietações e construção de conhecimentos.

Assim, justifica-se a publicação dessa experiência em função da singularidade e subjetividade presentes nas ricas percepções que o estudante traz no registro reflexivo da sua vivência, revelando as potencialidades e os benefícios da formação em saúde articulada à realidade, ao mesmo tempo que descortina limitações e dificuldades, gerando subsídios para aperfeiçoar o processo de construção do curso ao qual a experiência encontra-se vinculada mas, ainda, oferecendo possibilidades de auxiliar outras realidades.

O olhar singular do acadêmico sobre o vivido: conhecendo e experienciando a APS na formação médica

O graduando ingressou no curso de Medicina com 22 anos, vindo de uma pequena cidade do Rio Grande Sul. Na bagagem, levava até então, apenas as vivências que possuía enquanto

usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo no primeiro semestre do curso o seu primeiro contato ‘formal’ com o sistema.

A experiência aconteceu quando o estudante cursava o CCR Saúde Coletiva I, na primeira fase do curso. Este CCR objetiva desenvolver

[...] processo educativo-reflexivo sobre os diferentes paradigmas e processos históricos da saúde pública e coletiva no Brasil e no mundo, aprofundando as bases, fundamentos e organização do Sistema Único de Saúde e seus desafios no contexto atual, estabelecendo mediações com o cotidiano das práticas de saúde (UFFS, 2018, p. 77).

Além de aulas teóricas pautadas por metodologias ativas de aprendizagem, o CCR viabiliza a inserção de estudantes, divididos em grupos de até seis integrantes, ao longo de uma semana, em um CSF do município onde a instituição de ensino encontra-se localizada, com o acompanhamento de um docente. As atividades são organizadas em conjunto com a coordenação do serviço e com a respectiva equipe, configurando-se como ações inseridas no âmbito das competências comuns às diferentes profissões da área da saúde voltadas para o território e as famílias residentes nele. A experiência aconteceu entre os dias 1 e 5 de outubro de 2018.

O CCR utiliza, como uma de suas ferramentas avaliativas, os portfólios reflexivos, considerados instrumentos de avaliação capazes de viabilizar um agregado de aspectos teóricos às vivências e experiências dos estudantes, permitindo reflexões e integração de saberes (ALVES, 2006). Os aprendizes são orientados a registrarem impressões, fatos, experiências, reflexões e análises de textos, sempre pensando na articulação da teoria, com as vivências no mundo do trabalho e as reflexões relacionadas ao processo de formação.

Nesse tópico, os autores reproduzem, parcialmente e com pequenas adequações, o portfólio reflexivo do estudante elaborado para responder à exigência de avaliação do CCR Saúde Coletiva I.

Respeitando aos preceitos éticos, não há identificação do serviço e dos sujeitos observados ou que interagiram com o estudante durante as atividades práticas.

A semana de vivências no Centro de Saúde da Família

Uma vez que as vivências foram realizadas em um CSF, é válido fazer uma conceituação inicial deste nível de atenção, bem como seu papel na região de saúde na qual se insere. Como definido no Decreto 7.508/2011 (BRASIL, 2011) que trata da regulamentação da Lei 8080/90 (BRASIL, 1990), uma região de saúde se caracteriza como um espaço geográfico contínuo constituído por um aglomerado de municípios com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde e será referência para a transferência de recursos entre os entes federativos. Por sua vez, a APS configura-se como um conjunto de ações de saúde, individuais, familiares e coletivas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A revisão das diretrizes da atenção básica encontra-se estabelecida na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2017, que, conforme normatização vigente no SUS, define a organização em RAS como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. Essa portaria destaca a APS como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, de forma a atuar como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017).

Outro aspecto importante a ser compreendido é a forma pela qual está organizada a APS no país, preferencialmente pautada na Estratégia de Saúde da Família (ESF), definindo a Unidade de Saúde da Família como unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas, por intermédio da equipe multiprofissional, a qual deve ter a definição de seu território e abrangência, bem como a população que reside em sua área (AQUINO *et al.*, 2014).

O CSF visitado possui um perímetro de atuação que abrange três áreas, cada uma atendida por uma equipe de saúde. Essas equipes se organizam por meio da ESF e a composição da carga horária é de quarenta horas semanais para todos os profissionais, os quais poderão estar vinculados a apenas uma equipe de saúde da família (BRASIL, 2017). Assim, como explicitado na última PNAB:

[...] essas equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade Medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e/ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias (BRASIL, 2017, p. 13).

Essa atualização da PNAB promulgou possíveis alterações na composição da equipe de saúde, todavia, o município de Chapecó não adotou essas alterações, mantendo sua conformação de equipe original, a qual tem como base um médico, um enfermeiro, o mínimo de dois técnicos auxiliares de enfermagem e o mínimo de seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além disso, há a presença de duas equipes de Saúde Bucal na Unidade de Saúde, de modo que os procedimentos que não podem ser realizados no local são encaminhados para Centros de Especialidades Odontológicas.

Ainda, as três áreas de abrangência são subdivididas em 18 micro áreas, de forma que cada uma é atendida por um ACS específico. Essa estratégia, tanto da divisão de atenção das áreas pelas três diferentes equipes quanto da atuação dos ACS, corrobora com a proposta de um atendimento mais pessoal, e de acordo com o princípio de longitudinalidade, o qual “pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários

ao longo do tempo e de modo permanente e consistente” (BRASIL, 2017, p. 9). Assim, com os profissionais de saúde constantemente acompanhando as alterações dos elementos na vida das pessoas de sua área de abrangência, evita-se o desconhecimento das histórias de vida das famílias, permitindo que se elabore uma melhor coordenação do cuidado. Infelizmente, contrapondo esse conceito apresentado, vimos que ocorre uma rotatividade muito grande de profissionais médicos no CSF, o que tem como consequência a perda de parte do vínculo criado por meio da ESF.

Em relação à estrutura do CSF, notou-se um ambiente organizado, com ambientes limpos, claros, com a disponibilidade de todos os materiais necessários para um bom atendimento, tornando o local muito receptivo aos pacientes. Mais especificamente em relação às estruturas físicas, a PNAB discorre que devem estar presentes os seguintes ambientes:

[...] consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica. Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo; área de recepção, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência, banheiro público e para funcionários, entre outros ambientes conforme a necessidade (BRASIL, 2017, p. 11).

No CSF, estão presentes os seguintes ambientes: sala de reunião e educação permanente, sala de lavagem de materiais, sala de esterilização, almoxarifado, vestiários, depósito de material de limpeza (DML), copa, sala dos ACS, recepção, sala de espera, sala de curativos e procedimentos, sala de sinais vitais, sala de vacinas, sala de coleta, dispensário de medicamentos, sanitários para usuários, 3 consultórios médicos, 3 consultórios de enfermagem, 2 consultórios odontológicos, 1 consultório indiferenciado. Foi possível conhecer a estrutura física e a rotina de funcionamento de cada local.

O último aspecto observado nesse dia foi voltado para a assistência à saúde, que pactua com a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), a qual apresenta todas as ações e serviços que o SUS deve oferecer para um atendimento integral ao usuário. O CSF realiza acolhimento, nebulização, vacinas, visitas domiciliares, coleta de exames, planejamento familiar, exames preventivos, procedimentos ambulatoriais, fornecimento de preservativos, acompanhamento ao pré-natal, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, ações em saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso, consultas médias, odontológicas e de enfermagem, ações de educação em saúde, fornecimento de medicamentos, dentre outras.

Na manhã do segundo dia, devido a quantidade considerável de usuários no ambiente do CSF, o grupo foi dividido em duplas para que fizessem questionamentos relacionados com as experiências e impressões dos usuários em relação ao SUS e suas concepções sobre saúde. Foi

possível conhecer diversos usuários, um pouco de suas vidas e o que pensam sobre o serviço e a própria saúde.

A partir dos diálogos com os usuários, a determinação social do processo saúde-doença e o conceito ampliado de saúde estudados em sala de aula foram compreendidos e materializados, reforçando que a formação do médico precisa ser balizada por esses conceitos uma vez que uma abordagem restrita à esfera biológica não seria resolutive.

Nesse sentido, é válido ressaltar que dentro da história dos modelos explicativos do processo saúde e doença, mostrou-se a necessidade da elaboração de uma nova conceituação para superar a concepção biologicista de causa-efeito. Essa conceituação, a qual se apoia nos determinantes sociais, deve ter como base a estrutura social em toda a sua abrangência, levando em consideração aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos que configuram uma determinada realidade sanitária (BATISTELLA, 2007a).

No Brasil, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, no ano de 1986, foi estabelecido o ‘conceito ampliado’ de saúde, fruto de intensa mobilização durante as décadas de 1970 e 1980, no contexto do movimento da Reforma Sanitária brasileira, tornando-se concreto por meio da Constituição Federal de 1988. O texto da constituição defende como princípios e diretrizes para um novo e único sistema de saúde a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação social. Assim, a saúde deve ser compreendida em seus múltiplos aspectos, a partir de uma perspectiva transdisciplinar e totalizante (BATISTELLA, 2007a).

De acordo com Batistella (2007b), o que confere crédito para o artigo 196 da Constituição – “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (p. 37) – é justamente o fato desta concepção de saúde ressaltar a importância dos determinantes sociais da saúde e da doença, muitas vezes negligenciados em detrimento de uma abordagem estritamente individual.

Aliado a essa questão, busca-se uma Medicina de caráter democrático no Brasil, que contraponha a situação de crise advinda de períodos passados, tendo como proposição mais objetiva a criação e definição da atuação do SUS na resolução dessa problemática (CEBES, 1979). Um dos pilares, então, para atingir o ideal democrático de saúde, é o foco na formação superior dos profissionais dessa área, uma vez que seu trabalho é oriundo principalmente do elemento humano, da empatia com as pessoas e da compreensão de toda a complexidade dos determinantes sociais (CAMPOS *et al.*, 2012).

Todavia, uma das dificuldades encontradas para a formação do profissional nesse modelo se expressa na relação entre três instâncias: o ensino nos cursos de graduação, a realidade dos

serviços de saúde e o mundo real, de forma que seria utópico pensar que as três instâncias atuarão sempre em sincronia, suprimindo as demandas sociais. Essa situação é sustentada pela heterogeneidade das comunidades, pela reprodução dos docentes no meio acadêmico das condições de trabalho dos setores privados e não públicos e pela própria resistência da sociedade em adotar um novo modelo, devido ao grande prestígio atribuído às práticas médicas (CAMPOS *et al.*, 2012).

Dessa forma, mostrou-se necessário a criação de estratégias para combater essa problemática. Assim, pode-se destacar a necessidade de integração entre as equipes profissionais das diversas áreas de saúde, a inovação de metodologias pedagógicas, conduzindo o estudante a desenvolver atitudes éticas e humanistas, focando suas práticas nos serviços de APS e na comunidade na qual está inserido (CAMPOS *et al.*, 2012).

As resoluções necessárias apresentadas no parágrafo acima podem ser relacionadas com o que foi dito na fala de Vinícius Ximenes, médico sanitarista, professor da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e diretor de Desenvolvimento da Educação em Saúde, vinculado à Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (MEC), em sua entrevista para a Revista Brasileira de Saúde da Família. Nessa entrevista, Vinícius aponta ser de suma importância um projeto político-pedagógico mais adequado com as necessidades do SUS na região, objetivando suprir as necessidades sociais da população. Ainda, define a formação de um perfil de estudante, de acordo com as novas diretrizes, voltado para a APS, saúde mental e a urgência e emergência. Por fim, o trabalho do futuro médico deve englobar os determinantes sociais do processo saúde-doença, centralizando sempre a pessoa e não a doença, de forma que isso repercuta na formação interprofissional com outros cursos (BRASIL, 2015).

É gratificante como estudante de medicina, poder participar da incorporação dessas mudanças, e estar inserido numa vivência na qual é possível perceber na prática essa realidade e compreender a importância dos conteúdos ministrados em aula, os quais deixam de ser tão abstratos e assumem uma significância muito expressiva. Essas mudanças só são possíveis em decorrência da reformulação da nossa formação, aplicada no âmbito da UFFS, *Campus* Chapecó, com base nas novas DCN para o Curso de Graduação em Medicina, dispostas na resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, do Conselho Nacional de Educação, segundo a qual:

Art. 3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (BRASIL, 2014, p. 1).

Ainda nesta manhã, foi possível fazer uma visita domiciliar em uma das microáreas do território do CSF, em conjunto com outros colegas, acompanhados por uma ACS. Cabe ao ACS trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida, na qual deve estar residindo por pelo menos dois anos. Além disso, eles devem cadastrar e atualizar os dados de todas as pessoas no sistema de informação da Atenção Básica vigente (BRASIL, 1997). Desse modo, foi visto que as informações coletadas por meio do cadastro familiar são prontamente inseridas no prontuário eletrônico específico do município de Chapecó. Os dados ali inseridos servem para alimentar a base de dados do Ministério da Saúde, o e-SUS, que se configura como uma estratégia de organização das informações em saúde. O ACS deve ainda, com o objetivo de compreender a situação demográfica e sociocultural da comunidade, fazer uso de instrumentos para a coleta dessas informações bem como registrar dados que possam ser úteis para o planejamento das ações de saúde (BRASIL, 2017). Nesse contexto, nos foi apresentada a ficha cadastral das famílias usadas pelos ACS, a qual engloba uma série de determinantes sociais, assim como documentos que podem ser gerados a partir das informações coletadas na região para que se faça o controle das doenças.

Ademais, sua atuação nas visitas domiciliares deve ter maior frequência nos domicílios que apresentam situações que requeiram atenção especial, de modo que se faça também um acompanhamento das necessidades dos usuários em relação aos agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados (BRASIL, 1997). Esses dois últimos aspectos mostraram-se muito presentes na visita domiciliar, uma vez que, considerada a microárea mais vulnerável, logo de início, foi perceptível a dificuldade de acesso, por estar subsidiada em um local não pavimentado, estreito e cheio de declives. A maioria das casas era de madeira, muito pequenas, pouco iluminadas e muito próximas umas das outras. Logo, devido à condição de vulnerabilidade e à barreira física de locomoção entre suas casas e o CSF, mostrou-se evidente a necessidade de visitas mais periódicas para os usuários acompanhados naquele dia.

As três famílias explicitaram a necessidade de consultas nas residências pela dificuldade do acesso e as próprias limitações físicas. Para tanto, um familiar ou representante legal (como uma cuidadora no caso do senhor cadeirante) deve ir até o CSF e agendar a consulta. Essa situação e a forma pela qual deve ser conduzido o cuidado com essas famílias no modelo da ESF se traduz muito bem na frase: “A abordagem à família implica a consideração do contexto e da dinâmica familiar e o conhecimento de seus membros e de seus problemas para responder às necessidades de saúde” (AQUINO *et al.*, 2014, p. 359).

Ainda em relação ao trabalho, a ACS explicou ter uma meta semanal de assinaturas que deve coletar para comprovar a realização das visitas domiciliares. Outro ponto muito interessante foi perceber a vulnerabilidade das famílias visitadas e a relação afetiva muito próxima com a ACS, o que remete novamente a questão de adscrição do território e o princípio de longitudinalidade.

No fim desta manhã, um dos funcionários da recepção, um haitiano, se dispôs a explicar sua atuação no CSF. Contratado pelo setor de assistência social, esse colaborador faz a comunicação entre os usuários haitianos que não falam a língua portuguesa e os profissionais da Unidade. Em muitos casos, acompanha o usuário desde a recepção até a entrada nas consultas, principalmente com as mulheres, que segundo ele são as que menos se adaptaram a falar o português. Além disso, indiretamente, seu trabalho oferece segurança e conforto para essas pessoas.

Dois princípios do SUS se mostraram muito presentes no discurso e no trabalho desse haitiano, lembrando que os princípios e diretrizes norteadores do funcionamento do SUS foram estabelecidos com base na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e englobam principalmente: universalidade de acesso, equidade e integralidade da assistência, participação da comunidade, descentralização, regionalização e hierarquização das redes de serviço (BRASIL, 1990). Destacou-se então, inicialmente, o princípio de equidade, segundo o qual se deve ofertar o cuidado através do reconhecimento das diferenças sociais, atendendo a diversidade sem que se faça qualquer tipo de exclusão. Associado a este princípio, têm-se a universalidade, que se caracteriza pelo acesso universal aos serviços de saúde, recebendo e ouvindo todas as pessoas que procuram seu serviço (NORONHA *et al.*, 2008). Assim, foi possível ver na prática a aplicação dessas diretrizes, uma vez que se encontrou uma forma mais igualitária e acolhedora de oferecer os serviços de saúde aos haitianos inseridos no território.

No terceiro dia, em conjunto com uma colega, observamos o funcionamento da área de recepção. Todo o mecanismo de trabalho das recepcionistas é baseado na utilização do prontuário eletrônico municipal. Para utilização do sistema, cada operador, não apenas na recepção, possui um código próprio e senha, tendo acesso a diferentes funcionalidades de acordo com sua área de formação. Na recepção, o acesso ao sistema está focado nas abas ‘atendimento’, ‘agendamento’, ‘odontologia’ e ‘estoque’.

Em relação à funcionalidade da aba de atendimento, o usuário recém-chegado apresenta a sua carteira do SUS e o número do usuário é inserido no sistema para confirmar sua consulta. Após isso, faz-se o encaminhamento para a sala de sinais vitais. Em caso de ausência, após dez minutos de atraso, as recepcionistas devem inserir a informação de usuário faltoso no sistema. Além da carteira do SUS, viu-se que as gestantes presentes neste dia possuíam uma carteira de gestante, feita pela enfermeira após a primeira consulta e utilizada durante o controle do pré-natal.

O funcionamento dos agendamentos é muito similar, bastando verificar a disponibilidade de uma data no sistema para marcar a consulta utilizando o número do usuário presente na carteira do SUS. A sessão de estoque refere-se a área de controle dos materiais do almoxarifado, porém, a recepcionista, que é auxiliar de enfermagem, tem acesso para visualização do estoque de

medicamentos. Por fim, na aba odontologia, constam todas as informações relacionadas ao setor odontológico: consulta, agendamento, serviços, profissionais entre outros.

Por meio da observação e conversando com as recepcionistas, tivemos um breve conhecimento a respeito da utilização do Sistema Nacional de Regulação (SISREG).

Ainda, observou-se que receitas e determinadas requisições de exames eram impressas, carimbadas e assinadas na recepção pelos médicos. Tratando-se da estrutura, a recepção é organizada com uma impressora central, dois computadores, prontuários em papel, fichas com os óbitos dos cadastrados na Unidade, informações úteis como contatos de laboratórios, profissionais do Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), entre outros.

No quarto dia, após conversar com uma usuária que estava presente para participar do encontro semanal com o grupo de alimentação guiado pela nutricionista do NASF, nos foi permitido acompanhar sua realização. Nesse contexto, é importante compreender que os profissionais do NASF, oriundos de diferentes áreas de conhecimento, devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas locais percebidas pelos profissionais das equipes Saúde da Família (eSF), trabalhando conjuntamente com esses de forma complementar, buscando garantir o cuidado físico e mental abrangente (BRASIL, 2008). Cabe a eles também participar do planejamento conjunto, por meio da realização da discussão de casos e intervenções nos problemas e necessidades de saúde do território (BRASIL, 2017). Já em relação a equipe do NASF, essa poderá ser composta por:

[...] Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatria; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária[...] (BRASIL, 2017, p. 15).

No grupo desenvolvido, compareceram dez usuários, de maioria mulheres, idosas, com diagnóstico de diabetes ou hipertensão e, como foi explicado anteriormente, esses usuários foram todos convidados a participar após a realização de uma consulta, identificando essa demanda local de saúde e havendo a formação do grupo. No dia em questão, estavam presentes, além da nutricionista, um dentista. As informações do grupo e a evolução dos pacientes foram registradas no prontuário eletrônico dos pacientes, de modo que os profissionais do NASF também têm um código próprio para acesso. Cada paciente possuía uma ficha para semanalmente preencherem suas informações atualizadas, a qual continha: peso, circunferência abdominal e o Índice de Massa Corporal (IMC). No início da sessão, foi aberto um momento de conversa para os usuários darem um retorno de como foi sua semana, reportando se conseguiram ou não seguir as orientações e o

desafio proposto anteriormente (técnica de mastigação). Esta troca de experiências criou um ambiente acolhedor, estimulando todos a compartilhar seus fracassos e avanços e a manter a adesão no grupo.

Inicialmente, foi apresentado um compilado de mudanças de hábitos simples e acessível a esses usuários, buscando uma conscientização a respeito da alimentação e consequente reeducação alimentar, uma vez que se fosse exposta uma dieta muito complexa, ela estaria fora da realidade do grupo e provavelmente não alcançaria resultados prolongados, ocasionando desistências. A linguagem utilizada, apesar de cheia de informações nutricionais técnicas, era traduzida de uma forma compreensível para leigos, tornando a conversa dinâmica e interativa. O assunto em pauta da reunião foi a importância da ingestão de água, que se tornou o desafio proposto para a semana e consistia em adotar o hábito de beber no mínimo um litro de água por dia. Para isso, foi repassada uma série de informações e dicas para cada pessoa adaptar a proposição com a sua necessidade. Falou-se muito de pequenos passos, não focar em resultados distantes, e cada um fazer no seu ritmo, encontrando a forma mais confortável de manter a dieta e os desafios propostos.

Por fim, na última manhã de vivências, o foco foi direcionado ao compartilhamento das experiências de cada estudante com o grupo. Nesse dia, além de desfrutar de um momento mais informal, experiências mais pessoais em relação as conclusões obtidas por cada um foram compartilhadas.

O CSF é bem organizado e estruturado para atender as demandas locais de maneira resolutiva, mas, sabe-se que essa não é a realidade de todo o país. Iniquidades na saúde, as quais têm suas raízes na estratificação social, geram como consequência a falta de acesso à APS, principalmente por parte da população brasileira de regiões longínquas, de difícil acesso e nas periferias das grandes cidades. A participação dos profissionais médicos da ESF fortalece e expande a capacidade de intervenção nesses locais, entretanto evidências demonstram consideráveis desigualdades entre a concentração de profissionais de saúde no país (SANTOS *et al.*, 2015). Uma tentativa de resolução dessa problemática, foi a instituição do Programa Mais Médicos, pela lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 objetivando diminuir a falta de médicos nas regiões prioritárias do SUS por meio do aprimoramento da formação médica através da inserção destes no âmbito das políticas públicas da APS, fazendo com que esses obtenham conhecimento sobre a realidade da saúde da população (BRASIL, 2013).

Considerações finais

Nota-se a importância da inserção precoce dos estudantes na realidade da APS, pois somente por meio do conhecimento de todos os seus espectros, incluindo as falhas e iniquidades, é que os futuros profissionais poderão atuar como agentes de mudança, direta ou indiretamente. A

experiência foi extremamente enriquecedora, possibilitando a confluência entre o conhecimento teórico e a prática exercida, ao mesmo tempo que abriu margens para reflexões e muitos questionamentos, conduzidos sempre com o apoio da orientadora. A partir da imersão no serviço, o estudante conheceu a realidade e desmistificou conceitos equivocados em relação ao SUS, desenvolvendo uma visão crítica e reflexiva.

A escrita do portfólio, articulando o tripé ‘descrição-reflexão-teorização’, contribuiu para intensificar o processo de construção de conhecimentos e permitiu o aprofundamento das reflexões, constituindo-se em um processo de sistematização das experiências e uma oportunidade de aprofundar as reflexões e articulá-las com o referencial teórico, o que contribuiu para a construção de conhecimentos significativos e ressignificados.

Referências

- ALBERTO, D. G. *et al.* Significados do estágio em Unidades Básicas de Saúde para estudantes de graduação. **Rev. ABENO**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 2-9, 2019.
- ALVES, L. P. Portfólios como instrumentos de avaliação dos processos de ensinagem. *In*: ANASTASIOU, L. G. C.; ALVEZ, L. P. **Processos de Ensino na Universidade: processos para as estratégias de trabalho em aula**. 6. ed. Joinville: Univille, 2006. p. 101-120.
- AQUINO, R. *et al.* Estratégia Saúde da Família e reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde. *In*: PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.
- BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. *In*: FONSECA, A. F. (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007a. p. 51-86.
- BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. *In*: FONSECA, A. F. (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007b. p. 25-49
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1886 GM, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 dez. 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jan. 2008.
- BRASIL. Decreto 7508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n 8080 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 articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1, p. 1.

BRASIL. 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] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de graduação em medicina e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Seção 1, p. 8-11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos**: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf. Acesso em: 23 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 set. 2017.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; BELISÁRIO, S. A. A Formação Superior dos Profissionais de Saúde. In: GIOVANELLA, L. (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde). Documento: A questão democrática na área da saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 9, p.11-14, 1979.

FERREIRA, R. C.; SILVA, R. F.; AGUERA, C. B. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 52-59, abr. 2007.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

KASTRUP, V. Um mergulho na experiência: uma política para a formação dos profissionais de saúde. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASSETO, S. J.; HENZ, A. O. (org.). **Clínica Comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

NORONHA, J. C.; LIMA, L.; MACHADO, C. O Sistema Único de Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PINHEIRO R.; CECCIM R. B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (org.). **Ensinar Saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS / UERJ / CEPESC / ABRASCO, 2011. p. 11-35.

SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. M. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para diminuir iniquidades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina - campus Chapecó**, 2018. Disponível em: <https://www.uffs.edu.br/campi/chapeco/cursos/graduacao/medicina/documentos>. Acesso em: 18 nov. 2019.