

Dayse Vieira Santos Barbosa
Especialista em Pediatria e Saúde Coletiva;
Mestranda no Programa de Pós-graduação da
UniEVANGÉLICA.

Eduardo de Castro
Mariana Vilela de Castro
Natália Vieira Dias
Sara Rezende Carvalho

Acadêmicos do curso de medicina do Centro
Univeristário de Anápolis - UniEVANGÉLICA -
Anápolis-GO

Descritores:

- *Atenção Básica*
- *Estratégia Saúde da Família*
- *Atenção Secundária*
- *Metodologia da problematização.*

Keywords:

- *Primary Care*
- *Family Health Strategy*
- *Secondary Care*
- *Problem raising pedagogy.*

Correspondências

Orientador Responsável:
Dayse Vieira Santos Barbosa
Rua C 152, Qd 384, Lt 11, Jardim América,
Goiânia -GO, CEP- 74.275-120
E-mail: daysevsbarbosa@hotmail.com

A construção do aprendizado no Sistema de Saúde: visão dos acadêmicos de medicina

The learning building in the Health System: an overview by medical students

RESUMO

Este trabalho é um relato de experiência do Programa de Integração na Estratégia Saúde da Família (PIESF), do curso de Medicina da UniEVANGÉLICA, realizada por acadêmicos que cursaram esta disciplina entre os anos 2008 e 2011. O objetivo do estudo foi mostrar o PIESF segundo a percepção dos discentes frente aos três blocos de estudo que integram a disciplina, fundamentado na metodologia da problematização. Este ensaio baseou-se em registros de portfólios elaborados do primeiro ao sexto períodos e nos dados armazenados em um grupo de discussões online do sétimo e oitavo períodos. Os quatro anos cursados na disciplina propiciaram aos discentes um acúmulo de experiências e aprendizados que excedem o campo teórico e traduzem vivências práticas conquistadas pelo contato com a comunidade. Conclui-se, ao término da experiência, que a disciplina PIESF alcança objetivos mais abrangentes do que seu significado propõe, promovendo a introdução dos alunos em diversos níveis de atenção à saúde. O Programa amplia o conhecimento dos acadêmicos sobre o sistema de saúde brasileiro e forma profissionais dotados de uma visão crítica passível de contribuir para melhorar o sistema existente.

ABSTRACT

This paper is an experience report of the Integration Program in Family Health Strategy (PIESF) of UniEVANGÉLICA's Medical School, conducted by the students who attended the program between 2008 and 2011. The aim of this study was to introduce the PIESF according to the academics perception of the three study blocks that integrate the course, founded on the problematization methodology. This essay was based on portfolios records from the first to the sixth period and on data stored in the seventh and the eighth period online discussion group. Four years in this program provided the students experiences that exceed the theoretical field and enabled practical experiences earned through contact with the community. The study shows that the PIESF achieves broader goals than it is implied by its meaning by promoting the introduction of students into different levels of health care, increasing the academics knowledge on the Brazilian health system and training professionals endowed with a critical vision that may contribute to improving the existing system.

INTRODUÇÃO

A disciplina Programa de Integração na Estratégia Saúde da Família (PIESF), da Faculdade de Medicina da UniEVANGÉLICA, desde sua configuração inicial, vem trabalhando na perspectiva do diálogo interdisciplinar em sua organização curricular e, por meio da metodologia da problematização, acolhe questões para investigação da realidade na atenção básica, na comunidade e na sociedade contemporânea, proporcionando maior participação do estudante no seu processo de formação. A disciplina PIESF vem fortalecer uma prática acadêmica que objetiva interligar a Universidade, em suas atividades de ensino, pesquisa, serviço e extensão, com

demandas da sociedade. O projeto tem sua base teórica na concepção de educação como construção coletiva do processo educativo em saúde, no qual se incluem os saberes dos profissionais e da população.

“A educação em saúde não se limita à prevenção de doenças, mas amplia-se para a esfera dos direitos e da construção da cidadania, procurando discutir as raízes dos problemas de saúde nos moldes de um processo político e dialógico que possibilite a reflexão sobre a realidade social e a sua transformação”¹.

Segundo Santana² (1998) o pressuposto para realização do PIESF é sua inserção no processo de mudança das práticas sanitárias voltadas para a efetivação do SUS, compreendendo-se que a formação de profissionais da saúde deve pautar-se no entendimento de que saúde é um processo de trabalho coletivo, do qual resulta como produto, a prestação de cuidados de saúde. Trata-se de um projeto de intervenção, na modalidade da pesquisa participante, de desenho exploratório.

A disciplina PIESF é composta por três grandes blocos abrangendo a Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Secundária (AS), Gestão das Ações e Serviços de Saúde e Epidemiologia.

O bloco um refere-se ao PIESF do primeiro ao quarto período, e tem por objetivo colocar o acadêmico em contato com atividades da APS no contexto da Estratégia Saúde da Família. Propõe que o aluno conheça a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), observe como se desenvolve a rotina de uma Equipe de Saúde da Família e como está sendo estruturado o atendimento às necessidades das famílias em sua área de abrangência; estimula o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar entre os acadêmicos, os profissionais da rede pública de saúde e a comunidade da área de referência; orienta, também, os alunos a planejar e a desenvolver atividades de intervenção na comunidade após o levantamento e análise da situação de saúde na área de abrangência das UBSF e durante o estudo das políticas públicas de atenção à Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher, do Idoso e do Trabalhador, que integram os conteúdos desse bloco.

O bloco dois compõe-se do PIESF dos quinto e sexto períodos, que pretende instrumentalizar os alunos ao desenvolvimento de ações em unidades de saúde e propiciar-lhes conhecimento das Políticas Nacionais de Atenção às Urgências, de Regulação do SUS, de Saúde Mental e de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência, levando-os a conhecer, através da observação participante, como se estruturam e funcionam as Redes de Atenção à Saúde no município de Anápolis. Conteúdos sobre ética/bioética, administração e empreendedorismo,

doenças emergentes e reemergentes são também problematizados e teorizados.

Por fim, o bloco três corresponde ao PIESF dos sétimo e oitavo períodos. O sétimo objetiva o conhecimento das funções essenciais em saúde pública, também através da observação participante e da metodologia da problematização e como estas funções estão sendo desempenhadas na estrutura organizacional da SMS de Anápolis. São proporcionados aos discentes, no oitavo período, além da discussão em seminário dos principais modelos de saúde pública internacionais, a consolidação dos conhecimentos sobre o SUS (com ênfase na legislação, histórico, financiamento, instrumentos de planejamento em saúde e epidemiologia), a Política Nacional de Saúde do Homem e o Plano Nacional de Saúde Penitenciária.

Ao término de quatro anos de aprendizagem e dedicação semanal à disciplina PIESF, uma análise dos produtos obtidos é, sem dúvida, imprescindível, especialmente quando se trata da primeira turma do curso de Medicina da UniEVANGÉLICA a concluir este ciclo de atividades.

Este trabalho traz um relato de experiência, baseado nas vivências de acadêmicos que concluíram a disciplina PIESF em 2011, e tem por objetivo demonstrar a sua relevância para a construção do aprendizado dos médicos em formação e para a comunidade.

Fundamentação teórica

As características comuns às diversas populações orientam os modos de organizar os serviços conformando sistemas, além de nortear a educação médica e o desenvolvimento de pesquisas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os Sistemas de Serviços de Saúde podem ser compreendidos como uma combinação de recursos, organização, financiamento e gerência que visam oferecer serviços de saúde a uma população. Assim, os Sistemas de Serviços de Saúde são sistemas sociais que se propõem e se organizam com o intuito de prestar assistência à saúde a uma população³.

O conceito da OMS, divulgado em 1948, diz que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Durante muitos anos este conceito foi discutido e sabe-se hoje que sua transformação veio através da compreensão ampliada do processo saúde-doença, por meio da percepção de que inúmeros fatores determinam o adoecer. Por esta razão, estar doente não necessariamente implica na presença de sintomas. Um fator inovador nessa trajetória foi a inclusão do aspecto social como um determinante a

mais no processo saúde-doença. Este aspecto possui uma relevância tão significativa que acabou por registrar a importância dos sujeitos na condução da promoção da saúde. O entendimento sobre a promoção de saúde durante anos de lutas e mobilizações sociais culminou na criação do Sistema Único de Saúde, que se fundamenta na Constituição Federal (CF) de 1988:

Art. 196 - 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 e igualitário às áreas e serviços para sua promoção, proteção e recuperação⁴.

O SUS é um sistema de saúde de abrangência nacional, porém, coexistindo com subsistemas em cada estado e em cada município. A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde do SUS deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos organizados em redes regionalizadas e hierarquizadas, disciplinados segundo os subsistemas municipais voltados ao atendimento integral da população local e inseridos de forma conjunta no SUS em sua abrangência estadual e nacional.

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes"⁵ e a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002 regulamentam as diretrizes gerais para a organização regionalizada da assistência à saúde⁶. A regionalização é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do pacto de gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

Tal perspectiva propõe a divisão do atendimento à saúde em níveis de atenção. Segundo Mendes⁷ (1999), os níveis de atenção estruturam-se por arranjos produtivos da saúde. Conformados segundo densidades tecnológicas específicas, os sistemas de saúde organizam-se em três níveis de atenção: a atenção primária (baixa complexidade), a atenção secundária (média complexidade) e a atenção terciária (alta complexidade) à saúde.

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes. A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção deverão seguir as diretrizes da APS e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as

especificidades locais⁸.

Inevitavelmente, refletir sobre toda a estrutura do SUS é condição essencial para a formação de qualquer acadêmico de Medicina. O PIESF aborda toda a temática referente ao histórico e ao arcabouço legal do SUS, bem como o processo de promoção à saúde e a gestão do sistema de saúde. Abrange, também, conteúdos da Epidemiologia, tais como medidas de saúde coletiva, estudos epidemiológicos, associação causal e epidemiologia aplicada à clínica, validação de testes diagnósticos e processos epidêmicos. Inclui o estudo das políticas públicas de saúde como as políticas nacionais de saúde do homem, da mulher, do idoso, do portador de deficiência e o Plano Nacional de Saúde Penitenciária, dentre outros.

Todo este contingente de informações, ministrado concomitantemente com as atividades práticas, permitiram a construção deste relato com o registro da riqueza das experiências vivenciadas ao longo do curso desta disciplina.

METODOLOGIA

O estudo constitui-se como relato de experiência da disciplina PIESF. A metodologia de elaboração deste trabalho partiu da obtenção de dados observados em portfólios individuais de quatro alunos que concluíram a disciplina em 2011.

Esses portfólios constituíam-se em um dos instrumentos de avaliação da disciplina. Neles, os alunos registraram todas as atividades realizadas, bem como suas reflexões acerca dessas atividades, pesquisas e dados bibliográficos, referentes a cada período cursado do primeiro ao sexto período.

Durante o sétimo e o oitavo períodos, os portfólios foram substituídos por um grupo de discussões online que podia ser acessado por professores, alunos e outros interessados, como alunos de outros períodos ou professores de outras disciplinas, com a finalidade de ampliar o espaço de discussões e problematizações. Nesse ambiente virtual de discussão, foram registradas as reflexões sobre os diversos temas abordados no bloco, com as análises críticas das atividades realizadas, os temas estudados e as referências bibliográficas utilizadas.

Em decorrência dessa divisão em blocos, a disciplina PIESF contempla uma longa jornada nos diversos níveis de atenção à saúde e fundamenta o seu conteúdo na metodologia da problematização. Esta é baseada na pedagogia de Paulo Freire, nos princípios do materialismo histórico-dialético e no construtivismo de Piaget⁹.

Essa metodologia expressa o ideal do aluno como

importante instrumento de contribuição na transformação social, partindo do pressuposto que ele é capaz de detectar problemas reais e levantar soluções sustentáveis e passíveis de serem executadas. Essa abordagem para o ensino pode ser utilizada tanto no meio acadêmico como em ambientes de trabalho quando surgirem situações cujos temas se relacionem com a vida em sociedade. Não há uma metodologia única na problematização, pois há diversas formas de executá-la.

Portanto, o presente estudo se estruturou a partir da análise dos referidos alunos sobre as atividades realizadas nesses quatro anos de PIESF, retirando de seus registros pessoais em portfólios individuais e grupo *online* o embasamento necessário para uma reflexão crítica desta disciplina.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O Bloco 1 do PIESF, parte um, possibilitou:

- conhecer as políticas públicas de saúde no Brasil ao longo das últimas décadas;
- compreender os princípios, as propostas e as diretrizes do SUS;
- visualizar a assistência integral à saúde na rede hierarquizada de serviços do SUS;
- entender a Saúde da Família como estratégia de mudança e promoção da saúde, através do levantamento de problemas, discussão e propostas de solução para estes problemas;
- realizar um Estudo Territorial por meio da Técnica da Estimativa Rápida;
- conhecer a implementação de uma Equipe de Saúde da Família e os programas desenvolvidos na UBSF;
- compreender a importância do trabalho em equipe, por meio do planejamento de ações, analisar a realidade local, propondo ações sobre as condições sanitárias da comunidade;
- realizar visitas domiciliares para conhecer e acompanhar as condições de vida e saúde das famílias, suas características sociais e epidemiológicas, os problemas de saúde e de vulnerabilidade aos agravos à saúde;
- repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde, além da relação médico-paciente;
- discutir o Pacto Pela Saúde e o Termo de Compromisso de Gestão.

O Bloco 1 do PIESF, parte dois, incluiu as seguintes ações:

- visitar o Núcleo de Vigilância Sanitária e Epidemiológica

para conhecer os sistemas de Informação do SUS;

- pesquisar sobre Incidência, Prevalência, Morbidade e Mortalidade por AVC, IAM, Diabetes, Hipertensão Arterial e causas externas no município, estado e país;
- levantar os indicadores de saúde a partir dos dados coletados e confrontá-los com os da UBSF;
- acompanhar o Agente Comunitário de Saúde – ACS – nas visitas domiciliares às famílias selecionadas;
- acompanhar o auxiliar/técnico de enfermagem na ESF em suas atribuições;
- entrevistar usuários e famílias visitadas sobre percepção dos principais problemas de saúde e seus fatores determinantes e condicionantes;
- analisar e discutir com a ESF formas de reorganizar a informação e a atenção à saúde na área da UBSF;
- organizar e desenvolver ação educativa com os usuários cadastrados nos programas do HiperDia;
- elaborar mapa com representação dos principais agravos e doenças e da mortalidade na área de abrangência da UBSF;
- organizar e desenvolver ações educativas na UBSF ou Equipamento Social – ES do interesse da comunidade;
- construir o mapa da área de abrangência da UBSF em conjunto com a ESF.

A disciplina propõe a divisão da turma em grupos formados por sete alunos, em média, supervisionados por um preceptor (do corpo docente da Faculdade de Medicina). A primeira turma de Medicina da UniEVANGÉLICA, composta por 42 alunos, dentre os quais os quatro autores deste texto, foi dividida em seis grupos e cada grupo foi inserido em uma unidade de saúde da família, para conhecer sua estrutura, composição da equipe saúde da família e atuação em sua área de abrangência. Foram apresentadas as fichas utilizadas pelos profissionais de saúde para cadastramento e repasse de informações à Secretaria de Saúde de Anápolis. Através delas, e com o auxílio de agentes comunitários, houve a oportunidade de construir um mapa demonstrando o perfil epidemiológico da população da região.

Durante dois anos, os discentes acompanharam a rotina de cada unidade, acompanhando consultas, realizando visitas domiciliares e participando, com a equipe, das atividades realizadas com a comunidade, um dia por semana, em média de 6 horas por semana. A cada ano os grupos se revezaram em unidades de saúde da família conveniadas com a faculdade, por meio do apoio da Secretaria Municipal de Saúde.

Foram muitos os momentos de observação dos

programas preconizados pelo MS em plena atuação. Dentre eles, o programa HIPERDIA, Programa Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, Programa de Saúde do Idoso, Programa de Humanização do Pré-Natal e Puerpério, Programa de Crescimento e Desenvolvimento Infantil, e muitos outros. Foram observadas algumas falhas em relação à implantação destes programas; como exemplo, pode-se citar a subutilização da Caderneta do Idoso e a não aplicação do Programa de Assistência à Saúde do Adolescente.

No HIPERDIA, os alunos tiveram a oportunidade de aferir pressão arterial, conferir glicemia capilar, participar de caminhada com os pacientes e realizar ações educativas dialógicas com hipertensos e diabéticos cadastrados. Essas atividades corroboram o objetivo do Ministério da Saúde (MS) de adotar estratégias e ações visando à redução do ônus das doenças cardiovasculares na população brasileira. Neste contexto, a adoção da estratégia Saúde da Família como política prioritária de atenção primária, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis para a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis.

No Pré-Natal e Puerpério, cada acadêmico auxiliou nas consultas, coletando anamnese, acompanhando o exame físico e participando de grupo de discussão com as gestantes. O manual técnico de pré-natal e puerpério do MS preconiza como principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco. Sendo assim, os estudantes ajudaram a fornecer um atendimento ambulatorial de qualidade e humanizado às gestantes adscritas¹⁰.

No Crescimento e Desenvolvimento, os discentes pesaram, mediram e classificaram crianças de acordo com as curvas de peso, estatura e perímetro cefálico preconizadas pelo MS, anotando corretamente os dados encontrados no cartão de cada criança. Segundo o Manual de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil¹¹, esses são os dois eixos referenciais para todas as atividades de atenção à criança e ao adolescente sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social.

As normas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento foram gradativamente incorporadas às atividades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde

(PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) potencializando, assim, os esforços do MS e de Secretarias de Saúde para a vigilância da saúde da criança, com destaque para a disseminação do uso do Cartão da Criança. E essas foram as bases conceituais utilizadas nas ações de atenção à criança, pela disciplina PIESF, junto à equipe Saúde da Família.

Outras atividades realizadas foram visitas às escolas da área de abrangência das unidades, acompanhadas dos ACS, conversando com as crianças e adolescentes sobre cuidados de higiene pessoal e métodos contraceptivos. De acordo com o Manual técnico de Assistência ao Planejamento Familiar¹³, a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 estabelece que as instâncias gestoras do SUS, em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde. As ações realizadas tiveram como objetivo disseminar o conhecimento em saúde e garantir a essas pessoas o direito ao planejamento familiar, como preconizado pelo MS.

Todas as atividades citadas ocorreram em paralelo com atividades de problematização e teorização de conteúdos pertinentes à saúde coletiva, como: a Lei Orgânica da Saúde, a estratégia de saúde da família, a territorialização, o controle social, o Pacto pela Saúde, o crescimento e desenvolvimento infantil, o programa do Hiperdia, a política nacional de saúde da mulher, a política nacional de humanização, alguns conceitos em epidemiologia (prevalência, incidência, mortalidade e morbidade), metodologia científica, entre outros temas.

Não há dúvida de que a troca de conhecimentos e experiências foi proveitosa tanto para os acadêmicos como para a comunidade assistida pelas equipes de saúde da família. Os alunos foram estimulados a buscar o conhecimento através da educação problematizadora e repassá-lo à população através das ações educativas em saúde. Além disso, tiveram a oportunidade de conhecer e participar da rotina de trabalho nas unidades de saúde da família, acompanhando as políticas e programas preconizados pelo MS em andamento.

O bloco dois de aprendizagem do PIESF, do 5º ao 6º período, teve como objetivo principal introduzir o aluno no nível de atenção secundária à saúde, abrangendo diversos temas de grande impacto para este nível de atenção, os quais serão aqui relatados.

A disciplina PIESF estimula esse conhecimento, pois acredita que acadêmicos em formação, ao se conscientizarem dos problemas reais de seu país e reconhecerem os meios disponíveis para enfrentá-los, podem contribuir para mudanças mais significativas.

Neste contexto, os acadêmicos foram apresentados à Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência¹². A referida política, instituída pela Portaria nº 1.060/GM, de 05/06/2002, no âmbito do MS, tem como objetivo promover a redução da incidência e a evitabilidade de deficiência no país e garantir a atenção integral a esta população na rede de serviços do SUS, inclusive a concessão de órteses e próteses. Os acadêmicos estagiaram na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Anápolis, no Hospital-dia do Idoso e no Centro de Reabilitação Integrado de Anápolis (CREIA), onde acompanharam atividades relacionadas ao tema abordado.

Ficou evidente que apesar de todas as medidas adotadas pela política, ainda persistem fatores que dificultam o alcance de melhores resultados na atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência e o efetivo aproveitamento dos recursos financeiros, técnicos, materiais e humanos.

Além disso, existe o desafio de despertar a consciência da população em relação aos benefícios da inclusão das pessoas portadoras de deficiência em todas as esferas da vida social, econômica e política. Nesse sentido, a presente política nacional, para o alcance do seu propósito, confere prioridade à mobilização da população para com a saúde das pessoas portadoras de deficiência.

O segundo bloco também visava a apresentar os alunos às políticas públicas de saúde no Brasil nas áreas de atenção em urgência/emergência e saúde mental; compreender os princípios, as propostas e as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS na organização da assistência integral à saúde na organização de redes de atenção nestas áreas; participar das ações e atividades desenvolvidas por estas redes; conhecer os princípios e diretrizes da bioética; além de adquirir noções sobre empreendedorismo em saúde.

No enfoque ao atendimento às urgências e emergências, foi identificada uma alta morbimortalidade relacionada às violências e acidentes de trânsito no Brasil, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS (SVS/MS). Considerando o alto custo socioeconômico, além dos sofrimentos enfrentados pelas pessoas acometidas por acidentes de trânsito, violências e doenças cardiovasculares no Brasil, foi necessário intervir de forma mais organizada e efetiva sobre essas doenças e agravos. Nesse sentido, a Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. O CAPÍTULO II, Art. 7º desta Portaria, discorre sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências, afirmando ter como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravamento à saúde

que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

Nesse contexto, o plano de ensino deste bloco do PIESF propôs que os alunos conhecessem a Central de Regulação de Leitos e a unidade do SAMU de Anápolis, acompanhassem o funcionamento da regulação para os serviços de referência e o atendimento no campo de atuação das equipes envolvidas. Os acadêmicos presenciaram dificuldades no sistema, principalmente quanto à deficiência do SUS no recebimento destes pacientes, como se pode notar no relato da aluna Natália Dias em portfólio:

“Hoje pude perceber que apesar das políticas do SUS serem efetivas, elas muitas vezes não são eficazes. Acompanhei um resgate de uma senhora com problemas mentais que caiu de sua própria altura. Resgatamos esta senhora em um bairro bastante afastado da cidade e a encontramos em uma situação triste, de pobreza e abandono. Porém, mais lamentável ainda foi levá-la a um hospital que não tinha estrutura para recebê-la. Deixamos a senhora aguardando por atendimento, em uma maca no corredor, e a enfermeira ainda avisou que o atendimento iria demorar porque tinham poucos médicos naquele plantão. Talvez este problema tenha sido resolvido no que diz respeito ao papel do SAMU, mas, e quanto aos outros problemas que ela enfrentará? Será que vai receber atendimento psiquiátrico? Alguém vai zelar por sua saúde para que essa mesma situação não volte a se repetir? Acredito que não. Acho que na maioria das vezes as políticas estão em funcionamento na prática, mas o sistema falha em outros pontos, e não permitem que elas atinjam o êxito que deveriam”.

Desde 1991, as normas da Política Nacional de Saúde Mental – Portarias nº 189/91 e 224/92 – definem claramente a integralidade como componente obrigatório dessa política e, mais recentemente, a Lei Federal que reorienta a assistência psiquiátrica – nº 10.216, de 06/04/2001, em seu artigo 4º, §2º – determina que “o tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros”¹⁵. Diante disto, o dispositivo estratégico mais eficiente de substituição do hospital psiquiátrico têm sido os Centros ou Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS), também chamados de serviços comunitários de saúde mental.

Durante os estágios os alunos aprofundaram seus conhecimentos com a Política Nacional de Saúde Mental. Realizaram visitas ao Hospital Espírita Psiquiátrico de Anápolis e também aos CAPS Vida Ativa, Infantil, Álcool e Drogas, onde acompanharam as consultas e conheceram um pouco mais do universo da saúde mental no SUS, que

passa por grandes mudanças no cenário brasileiro. Segundo a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, Art. 4º. § 3, “É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares”¹³. O conhecimento dessa informação despertou a discussão sobre a existência de um Hospital Psiquiátrico em Anápolis que ainda conta com elevado número de leitos de internação.

Descobriu-se, também, que no Brasil permanecem elevadas as taxas de incidência de doenças infecto-contagiosas. Tal realidade tornou pertinente a discussão dos agravos endêmicos e re-emergentes, suas formas de apresentação, tratamento e programas de nível secundário oferecidos pelo governo na prevenção e tratamento. Os agravos estudados foram: dengue, febre amarela, hanseníase, tuberculose, leishmaniose, doença de Chagas, enteroparasitoses, AIDS, hepatites virais, malária e esquistossomose.

Felizmente, foi possível presenciar esses programas de nível secundário em pleno andamento nas visitas realizadas à Unidade de Saúde Dr. Ilion Fleury Júnior, onde os acadêmicos acompanharam os programas de DST-AIDS, TB e HANSENÍASE.

A política nacional de DST/AIDS possui três grandes objetivos que norteiam suas ações: reduzir a incidência de infecção pelo HIV/AIDS e por outras DST; ampliar o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência - melhorando sua qualidade, no que se refere ao HIV/AIDS; fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e da AIDS. Na Unidade Dr. Ilion Fleury Júnior, os acadêmicos viram como os profissionais de saúde buscam atingir esses objetivos, oferecendo um atendimento universal aos pacientes portadores do vírus HIV, mesmo aqueles que ainda não apresentam manifestações clínicas desta enfermidade.

De acordo com o manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil, a tuberculose continua a merecer especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo¹⁴, pois ela ainda obedece a todos os critérios de priorização de um agravo em saúde pública, ou seja, de grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade. O MS estabelece, ainda, que o controle desse agravo deve ser baseado na busca ativa de casos, no diagnóstico precoce e adequado, e no seu tratamento até a cura, com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão e evitar possíveis adoecimentos. E foi justamente isso que vimos ao acompanhar o Programa de Tuberculose, já instituído e atuante em Anápolis.

O site do MS afirma que “O Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) estabeleceu diretrizes operacionais para a execução de diferentes ações,

articuladas e integradas, que pudessem em todas as frentes de trabalho propiciar às pessoas que adoecem, serem atendidas nas suas necessidades e direitos”¹⁵. Em Anápolis, o programa de hanseníase disponibiliza a toda população suspeita, os meios diagnósticos e terapêuticos necessários para o controle desta doença. O tratamento é realizado sob a supervisão de médicos e enfermeiros e técnicos da unidade.

Outra proposta desenvolvida ainda no bloco dois visou à compreensão de noções em administração médica e de ética e bioética – ato médico, através da realização de conferências e discussões utilizando os princípios da educação problematizadora.

Visando estimular a produção científica dos discentes, foi proposta a elaboração de um projeto de pesquisa cujo tema era de escolha individual. O projeto desenvolvido entrou como parte da avaliação final da disciplina, sendo avaliado por uma banca de professores.

Este bloco de ensino proporcionou aos estudantes um espaço para reflexão, socialização de experiência e avaliação acerca das práticas exercidas, a partir dos referenciais teóricos e metodológicos que fundamentam a proposta político-pedagógica do PIESF. Os estudos foram articulados com as práticas desenvolvidas nas instituições.

A análise dos conteúdos supracitados, somada à vivência dentro das instituições de estágio proporcionou aos alunos conhecer a dinâmica da atenção secundária, suas principais dificuldades e falhas. Assim, quando estiverem atuando profissionalmente, terão subsídios necessários para contribuir com o melhor funcionamento do sistema.

O bloco três do PIESF englobou o sétimo e o oitavo períodos, com toda a ênfase direcionada para o conhecimento acerca de gestão, planejamento e epidemiologia.

O sétimo período teve como objetivo propiciar ao aluno conhecimento das Funções Essenciais em Saúde Pública (FESP), através da observação participante e da metodologia problematizadora, bem como se estas funções estão sendo desempenhadas na estrutura organizacional da SMS de Anápolis. Para tal, os alunos foram introduzidos às 11 Funções Essenciais em Saúde Pública preconizadas pela OMS⁸:

- FESP 1 Monitoramento, avaliação e análise da situação de saúde;
- FESP 2 Vigilância de saúde pública, investigação e controle de riscos e danos em saúde pública;
- FESP 3 Promoção da saúde;
- FESP 4 Participação dos cidadãos em saúde;

- FESP 5 Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão em saúde pública;
- FESP 6 Fortalecimento da capacidade institucional de regulamentação e fiscalização em saúde pública;
- FESP 7 Avaliação e promoção do acesso equitativo aos serviços de saúde necessários;
- FESP 8 Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública;
- FESP 9 Garantia e melhoria da qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos;
- FESP 10 Pesquisa em saúde pública;
- FESP 11 Redução do impacto de emergências e desastres em saúde.

Buscou-se, com isso, que o aluno compreendesse as funções supracitadas, adquirindo uma visão crítica em relação a elas, para poderem julgar sua aplicabilidade dentro da administração pública da SMS de Anápolis, observando como e onde são realizadas. Para isso, foram necessárias diversas visitas à SMS.

No decorrer do semestre, os alunos participaram ativamente de várias conferências envolvendo as onze funções da OPAS/SMS, ministradas tanto pelos preceptores da disciplina quanto por convidados e gestores responsáveis pela aplicação destas Funções dentro da SMS de Anápolis e da Regional Pirineus. Desta forma, os acadêmicos participaram de atividades desenvolvidas em unidades como o Núcleo da Vigilância Sanitária e a própria SMS, em seus departamentos internos.

Os acadêmicos foram divididos em grupos menores de aproximadamente seis alunos, e cada um desses grupos, sob a tutela de um professor, foi responsável por elaborar um trabalho envolvendo pelo menos uma das referidas funções dentro da SMS, buscando uma representação da realidade do serviço nela realizado. Ao final do semestre, os alunos apresentaram para a turma e grupo de professores, o resultado obtido com trabalho de pesquisa e representação situacional.

Ao término do semestre, cada aluno havia perpassado as diversas áreas que compõem a Secretaria de Saúde de um município, conhecendo os servidores e analisando o trabalho que operacionalizam. É inquestionável que essas atividades possibilitaram aos acadêmicos o conhecimento da gestão do sistema de saúde local.

No oitavo período, a disciplina deu enfoque à consolidação dos conhecimentos referentes ao SUS, com ênfase na legislação, histórico, financiamento, instrumentos de planejamento em saúde e epidemiologia.

Desta vez, buscando uma análise mais crítica por parte dos alunos.

Dentre as políticas de promoção à saúde do SUS trabalhadas no PIESF está a Política Nacional de Saúde do Homem, instituída pela Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009¹⁸. A política admite que a população masculina apresenta altos índices de morbimortalidade, o que representa um problema de saúde pública. Considera que os indicadores e os dados básicos para a saúde demonstram que os coeficientes de mortalidade masculina são consideravelmente maiores em relação aos coeficientes de mortalidade feminina ao longo das idades do ciclo de vida e leva em conta a necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde que garanta uma linha de cuidados integrais voltada para essa parcela da população.

A partir destas informações e refletindo sobre as atividades práticas realizadas até então, ficou evidente para o MS a necessidade de oferecer aos homens um atendimento mais específico, pois eles sempre representaram a menor demanda por consultas, tanto nos PSF como nos ambulatórios da atenção secundária.

Não se pode deixar de mencionar que uma parte importante desta população se encontra em regimes de restrição à liberdade, como é o caso da população carcerária brasileira. Sendo assim, outro tema de estudo contemplado foi o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituída pela Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003¹⁶.

Esse plano tem por objetivo organizar o acesso da população penitenciária às ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, por meio da implantação de unidades de saúde de atenção básica nas unidades prisionais e da organização das referências para os serviços ambulatoriais especializados e hospitalares. Infelizmente, os acadêmicos não puderam ver esta política instituída na prática, mas, sem dúvida, foi válido conhecer a sua abordagem teórica.

Ao final desta etapa de estudar e conhecer o SUS, os grupos de alunos elaboraram uma pesquisa comparativa entre o sistema de saúde brasileiro e outros sistemas de saúde de países como Cuba, Canadá, Estados Unidos, França e Inglaterra. O produto do trabalho foi apresentado na forma de seminário, o que permitiu uma discussão com todos os acadêmicos e professores do oitavo período da Faculdade de Medicina sobre as vantagens e desvantagens de cada sistema.

Os últimos assuntos abordados pelo PIESF foram referentes ao estudo em epidemiologia e incluíram: a história da epidemiologia e suas principais concepções; estudos epidemiológicos; medidas de saúde coletiva; processos epidêmicos; epidemiologia aplicada à clínica; e

validação de testes diagnósticos. Sem dúvida, esses temas contribuíram para a compreensão da situação de saúde do país e dos programas e políticas que se constroem a partir da análise dos dados epidemiológicos.

O semestre findou-se com a entrega de relatórios, pelos alunos, das principais atividades desenvolvidas ao longo do período pela disciplina PIESF.

CONCLUSÃO

As reflexões ora compartilhadas contribuem para o entendimento de que a disciplina PIESF alcança objetivos mais abrangentes do que o seu significado propõe, pois ultrapassa o ideal de inserir o estudante de Medicina nos diversos níveis de atenção à saúde do SUS.

O PIESF amplia o conhecimento dos acadêmicos sobre o sistema de saúde brasileiro, permitindo que os mesmos compreendam a dinâmica da estruturação em rede dos serviços. Propicia o conhecimento das Funções Essenciais em Saúde Pública, através da observação participante e da metodologia problematizadora, além da análise de como estas funções são desempenhadas na estrutura organizacional da SMS. Permite aos alunos, não só estudar a importância da estruturação dos serviços em equipes multiprofissionais, como também observar sua dinâmica e, assim, compreender sua importância para a melhor efetividade do atendimento. Além disso, a riqueza de pacientes e atividades desenvolvidas possibilitam ao estudante uma visão interdisciplinar das ações desenvolvidas no sistema público.

Trabalhando com esta perspectiva, a disciplina, ao mesmo tempo em que alcança a comunidade através do trabalho dos acadêmicos inseridos na atenção primária e secundária, constitui-se em um meio de construção de conhecimento e de experiências para o acadêmico.

Ao colocar em prática a teoria estudada, o estudante pode lançar um olhar crítico sobre as dificuldades enfrentadas em cada área, os desafios que devem ser superados, as falhas a serem combatidas e as intervenções que podem ser propostas no sentido de qualificar a atenção à saúde.

Este aprendizado e experiência acompanharão o acadêmico em sua futura atuação profissional junto às comunidades e o instigarão a promover mudanças nos sistemas de saúde, especialmente no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

- 1 – Trapé CA, Soares ABA. Prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria práxis. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2007 [acesso em 22 jan. 2012]; 15(1):142-149. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae
- 2 – Santana JP(org). Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Org. Pan-Americana da Saúde; 1977.
- 3 – World Health Organization. The World Health Report 2000: healthsystems, improving performace. Geneva: WHO; 2000.
- 4 – Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil – artigo 196. Brasília: Senado; 1998.
- 5 – Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília. 1990 dez 28. [acesso em 2012 jan 27]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>
- 6 – Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional básica do SUS, NOB/SUS 01/96. Diário Oficial da União. Brasília. 1996 nov 6. [acesso em 2012 fev 03]. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%3%A7%3%A3o/nob96.htm>
- 7 – Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. 2.ed. Brasília; 2011. C. 2, p. 78. [acesso em 2012 fev 05]
- 8 – Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 9 – Mitrel SM, Batistall RS, Mendonça JMGde, Pinto NMdeM, Meirelles CdeAB, Porto CP, Moreira T, Hoffmann LMA, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 2008 dez; 13 [acesso em 2012 fev 08]
- 10 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré – Natal e Puerpério. Atenção Qualificada e Humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 11 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da Criança. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 12 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 13 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- 14 – Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001.
- 15 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [acesso em 2012 fev 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_tb.pdf
- 16 – Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH). [acesso em 2012 fev 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1466
- 17 – OPAS. Guia para Aplicação do Instrumento de Desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública. Brasília: OPAS; 2007.
- 18 – Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Brasília. 2008 ago [acesso em 2012 fev 12]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>

- 19 – Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. Brasília. 2004. [acesso em 2012 fev 12]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf