

DISCIPLINA DE INICIAÇÃO A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (IAPS) I: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PRIMARY HEALTH CARE (IAPS) I: EXPERIENCE REPORT

João Pedro Brant Rocha¹¹Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

RESUMO

O objetivo proposto para o relato de experiência foi descrever a percepção do autor na disciplina Iniciação a Atenção Primária a Saúde (IAPS) I, considerando às vivências e os conhecimentos adquiridos durante o semestre letivo. Trata-se de um relato de experiência, realizado em uma Unidade Básica de Saúde situada na zona leste da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. As Unidades Básicas de Saúde são consideradas como uma oportunidade de educação permanente, fazendo parte da formação acadêmica/profissional do aluno de graduação do curso de medicina na Universidade Federal De minas Gerais (UFMG). A vivência prática, durante o semestre letivo oportunizou o autor do relato observar a diversidade de cenários que abrangem a Atenção Primária em Saúde, aproximando-o do sistema único de saúde (SUS), além de sensibilizar para uma atuação profissional mais humanizada.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde. Relato de Experiência.

ABSTRACT

The objective of the experience report was to describe the author's perception in the subject Initiation to Primary Health Care (IAPS) I, considering the experiences and knowledge acquired during the semester. This is an experience report, conducted in a Basic Health Unit located in the eastern part of the city of Belo Horizonte, Minas Gerais. The Basic Health Units are considered as an opportunity for continuing education, being part of the academic / professional education of the undergraduate student of the medical course at the Federal University of Minas Gerais (UFMG). The practical experience during the semester enabled the author of the report to observe the diversity of scenarios that encompass Primary Health Care, bringing it closer to the single health system (SUS), as well as raising awareness of a more humane professional practice.

Keywords: Primary Health Care. Experience Report.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de saúde (SUS) instituído pela Constituição Federal de 1988, determina que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Nos seus 25 anos de existência, o SUS possibilitou um importante aumento do acesso aos cuidados de saúde para a população brasileira ^(PAIM et al., 2011), entretanto, milhares de pessoas ainda enfren-

tam sérias dificuldades de acesso a serviços públicos de saúde no Brasil (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

O governo brasileiro, nos últimos anos, tem desenvolvido uma série de ações visando à reestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a priorizar a Atenção Básica, há enfrentar as dificuldades no do desenvolvimento das suas ações, uma vez que é considerada a como a porta de entrada preferencial do SUS (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Em 2013, o Conselho Nacional de Educação iniciou esforço conjunto

com associações de ensino, o Conselho Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde e outros, para a revisão das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de medicina, que, entre muitas medidas, assegura que as atividades da graduação sejam desenvolvidas em serviços de atenção primária a saúde (PÓVOA; ANDRADE, 2006). Adicionado a esse contexto, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde têm reforçado que a formação dos acadêmicos deve contemplar as necessidades do SUS, através da atuação em equipe e atenção integral (ALMEIDA, 2003).

A partir dessa nova visão, o curso de medicina da universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), através das DCN redefiniram o novo perfil do egresso do curso de Medicina como o médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com 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, como promotor da saúde integral do ser humano (PEREIRA *et al.*, 2015).

Emerge então, o novo currículo do curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), implementado a partir de 2014, no que se refere a Atenção Primária a Saúde (APS), para o enfrentamento dos desafios de consolidação da integralidade na atenção à saúde, com a compreensão da importância dessa, inseriram os alunos da graduação na rede SUS desde o início de sua formação, através da disciplina IPAS I (PEREIRA *et al.*, 2015). A ênfase na APS possibilita a compreensão do processo de adoecimento para além das causas biológicas, entendendo os determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, o objetivo proposto do relato de experiência foi descrever a percepção do autor na disciplina IAPS I, considerando às vivências e os conhecimentos adquiridos, durante o semestre letivo.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este presente estudo surgiu a partir da disciplina IAPS I, que é pré-requisito para a graduação em medicina pela Faculdade de Medicina da

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte encontra-se na região centro sul do estado de Minas Gerais, sendo a capital e maior cidade deste. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a metrópole abriga uma população de cerca de 2.375.151 de habitantes.

O cenário de estudo que serviu de palco para a construção desse relato foi uma Unidade de Saúde da Família no município de Belo Horizonte - MG, nomeada de Carlos Chagas, durante o segundo semestre do ano de 2018.

O sujeito da pesquisa foi o próprio autor, deixando suas impressões por meio das vivências obtidas durante o semestre letivo. Para a realização do estudo os dados foram editados pelo relator através da experiência adquirida quando do acompanhamento dos profissionais ali atuantes em suas mais diversas funções, além das aulas teóricas ministradas pelo professor da disciplina já citada.

A disciplina iniciou-se no dia 8 de agosto de 2018, e a vivência acadêmica se deu ao longo de todo o semestre, com encontros semanais na Unidade Básica de Saúde (UBS) durante o período da manhã. Os temas abordados durante o semestre referiram a: função da atenção primária, divisão e trabalho na ESF; hierarquia do sistema de saúde; a função desempenhada pelos profissionais em cada um dos setores das atenções. Os alunos foram divididos em duplas e trios que, durante o horário, revezavam-se para acompanhar os setores de trabalho na referida unidade.

O acompanhamento era, a priori, instruído pelo professor durante uma primeira parte teórica da aula. Então, os alunos eram direcionados a seus postos e aguardavam os profissionais de cada área para aprender de modo mais profundo e prático a responsabilidade e o papel que cada seção da atenção primária desempenha no atendimento holístico a um paciente. De setores, como recepção e gerência a serviços odontológicos e médicos, todos foram visitados, com especial atenção aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que, em trabalho de campo e busca ativa, em muito colaboram para a territorialização e para o acesso de primeiro contato da população.

As atividades desenvolvidas eram acompanhadas e ressignificadas semanalmente e ao final de cada vivência no campo, por meio de diálogos e debates entre discentes e preceptor/docente, e, em alguns momentos, com os profissionais dos serviços de saúde. Ademais, foram registrados relatos semanais e resenhas de referências

bibliográficas que apoiam a prática da APS. A avaliação processual foi realizada por meio da produção de um vídeo, que retratou o cotidiano de trabalho vivenciado pelos docentes.

Descrição da Unidade de pesquisa

A composição mínima de equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é de um médico da família, um enfermeiro, de um a dois auxiliares/técnicos de enfermagem, de 5 a 6 agentes comunitários de saúde (ACS). Esse contingente visa amparar uma média de 600 a 1000 famílias ou de 3 a 4 mil pessoas por equipe. Juntos, buscam garantir os atributos essenciais da APS, como acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação de cuidado e integralidade, além dos tributos derivados, como orientações familiar e comunitária e competência cultural (BRASIL, 2017).

Nessa APS, a composição dos atores, eram de 03 médicos, 04 enfermeiros, 02 CD, 20 agentes comunitários. Atende em média 200 pacientes por dia, e apresenta em funcionamento desde ano de 2014, em co-participação com a UFMG. Os alunos do curso de medicina, permanecem nessa estratégia durante os três semestres letivos do curso de graduação.

RESULTADO E DISCUSSÃO

O período de aprendizado e convivência durante o semestre viabilizou, de modo efetivo, a internalização de conceitos abordados pelo docente. Inicialmente foi nos apresentado a composição dos responsáveis pelo andamento das UBS, e indo de encontro ao proposto pela Portaria 648/GM de 28 de março de 2006 que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada nos anos de 2011 e 2017 (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017), as equipes de saúde da família devem ser composta por: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a sua composição o cirurgião-dentista (CD), o assistente de saúde bucal, o técnico de saúde bucal e o agente de controle de endemias (BRASIL, 2017). No decorrer do estágio foi percebido como o do processo de divisão e sistematização das redes de atenção à saúde no Brasil e sua repercussão para o combate às enfermidades, se fazem necessárias, e pode impactar positivamente na melhora da qualidade de vida da população assistida e evidencia a importância

estratégica do desenvolvimento desse modelo de atenção à saúde no Brasil (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde (2017), a APS deve ser a porta de entrada do sistema; o local responsável pela organização do cuidado, onde cerca de 85% das necessidades em saúde são sanadas. Locus de realização de ações de promoção da saúde, preventivas e curativas, sempre de forma integrada. Trabalha com todo o contexto de vida do paciente, com a ampla gama de necessidades dos indivíduos e suas comunidades. Isso foi percebido, ao longo do período, nos diferentes setores da estratégia, seja na vacinação, na farmácia, dentro do consultório médico e odontológico, ficando evidente a contribuição desse serviço na vida da comunidade que é assistida. As demandas populacionais são, sempre, divididas entre as esferas, de modo a otimizar o trabalho dos atores que compõe o quadro da atenção primária.

Diferentemente da atenção secundária ou terciária, atenção primária dedica-se aos problemas de saúde mais frequentes de determinada comunidade, em fases iniciais e menos complexos. Valoriza a longitudinalidade do cuidado e o vínculo da equipe com o paciente, firmando uma parceria com a saúde do acolhido. Isso foi observado ao longo do semestre, visto que a população retorna sempre ESF, buscando assistência a saúde, trazendo para a unidade desde problemas mais simples, como a verificação do cartão de vacinas, até os mais complexos como um paciente com dor abdominal aguda que precisa ser direcionado para a assistência secundária e ou terciária.

Dentre os aspectos que chamou-me atenção é que, a população assistida tem na ESF, uma segurança para o cuidar da sua saúde e da sua família, considerando importante todos os atores envolvidos no processo. Esse aspecto foi observado diante da conduta da população que valoriza desde agente comunitário de saúde, que é o primeiro contato, responsável por fazer busca ativa na comunidade (BRASIL, 1997), quando os mesmos direcionam para as suas casas, cujo os objetivos vão além de tracar o perfil epidemiológico da família, mas sim participar e assistir-la com um todo. Até os profissionais que ficam restritos as unidades, como médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros, considerados guardiões da saúde dessa comunidade.

O formato segmentado, coeso e funcional, da atenção à saúde no Brasil, mas últimas décadas passou por uma enorme expansão (AN-

DRADE, *et al.*, 2018) principalmente na esfera primária, mas tem muito a melhorar qualitativamente, mas ainda sim, tem garantido um atendimento íntegro, prático e seguro a comunidade assistida, e tem visado a garantia do direito universal à saúde, respaldado pela DECLARAÇÃO DE ALMA ATA (1978), que estabeleceu um conjunto cuidados essenciais para indivíduos, famílias e comunidade, a partir de estratégias de trabalho e tecnologias, socialmente aceitáveis, com participação da comunidade e a um custo acessível e, solicitou ainda, que todos os países-membros utilizassem estratégias para alcançar a meta de “Saúde para Todos no ano 2000.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, foi possível observar o quão é importante para os acadêmicos de medicina venciarem desde o início da graduação, o cuidado com o paciente, através da disciplina IAPS I, com intuito de formar médicos atentos ao Programa Nacional de Humanização que prioriza o acolhimento, como a recepção do usuário, desde a sua chegada, ouvindo suas queixas, permitindo que o paciente expresse suas preocupações, angústias, garantindo, assim, uma atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde, proporcionando a população assistida uma melhor qualidade de vida. Ademais, a relação médico-paciente no contexto da atenção primária ainda é um desafio para implementação de práticas mais humanizadas em saúde, considerando sua relevância e a emergência do problema de saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA M. *Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde*. Londrina: Rede Unida; 2003.

ANDRADE, M.V; COELHO, A. Q; NETO, M. X; CARVALHO, L. R; ATUN, R; CASTRO, M. C. Transition to universal primary health care coverage in Brazil: Analysis of uptake and expansion patterns of Brazil’s Family Health Strategy (1998-2012). *Plos One*, v.13, n. 8, 2018.

ARANTES, L. J; SHIMIZU H. E; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n.5, p. 1499-1509, 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. Conferência Internacional Sobre cuidados Primários De Saúde Alma-Ata. URSS, Set., 1978.

_____. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agente Comunitário e do Programa de Saúde da Família e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1997.

_____. 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 União*. Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

_____. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.

OLIVEIRA F. P; VANNI T; PINTO H.A; SANTOS J. T. R; FIGUEIREDO A. M; ARAÚJO S. Q. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*, v.19, n. 54, p. 623-34, 2015.

PAIM J, TRAVASSOS C, ALMEIDA C, BAHIA L, MACINKO J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, v. 377, n.9779, p.1778-97, 2011.

PEREIRA, A. K; GONTIJO, E. C. D. M; REIS, F. M; RODRIGUES, M. A. G; RIBEIRO, M. M. F; ALVIM, C. G. *Projeto pedagógico do curso de medicina da UFMG. Revisão 2015*. Disponível em <http://ftp.medicina.ufmg.br/cegrad/arquivos/2017/projeto-pedagogico-do-curso-de-medicina-PPC-2015-12-12-2017.pdf>. Acesso em 23 abr. 2019.

PÓVOA L; ANDRADE M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cad Saúde Pública*, v.22, n.8, p.1555-64, 2006.