



A IMPORTÂNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA FORMAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DOS LIGANTES DA LIGA DE SAÚDE COLETIVA DE CAMPINA GRANDE-PB.

Thayná Tavares Cavalcanti, Julia Torres de Holanda, Maria Rafaela Alexandre Rodrigues Silva, Paula Thissiany de Oliveira Gurgel, Roumayne Fernandes Vieira Andrade.

Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande – PB - adm@facisa.edu.br

RESUMO: A Liga Acadêmica de Saúde Coletiva de Campina Grande atua promovendo a complementação da aprendizagem sobre o Sistema Único de Saúde, buscando inserir os discentes nas Unidades Básicas de Saúde da Família. A inserção dos estudantes no serviço básico de saúde pode facilitar maior integração dos alunos com a equipe e com a comunidade, obtendo um serviço mais efetivo e de qualidade, aumentando a satisfação dos profissionais e fazendo o diferencial positivo na formação dos estudantes. Este trabalho tem o objetivo de relatar a experimentação de 300 horas de atividades práticas vivenciadas por acadêmicos da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande nas Unidades Básicas de Saúde da Família, assim como, realizar uma sucinta revisão de literatura para melhoria do embasamento teórico. Trata-se do relato de experiência dos Ligantes da Liga Acadêmica de Saúde Coletiva de Campina Grande na vivência prática em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Percebemos que a inserção do estudante de medicina na UBSF representa importante espaço de aperfeiçoamento e deve promover no estudante uma visão crítica e ativa para que em sua formação busque estratégias de melhorias para futura atuação. Ademais, concluímos que a transmissão de informações aos usuários com a inserção a termo do estudante nas Unidades Básicas de Saúde permite aos acadêmicos a possibilidade de identificar as necessidades de saúde do coletivo em conjunto com a equipe de saúde em que estão integrados, portanto, esse relato reflete a ideia da possibilidade de se criar desde o início de vida acadêmica um vínculo com a comunidade valorizando o programa saúde da família e a relevância do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS CHAVE: Relato de experiência, unidade básica de saúde, acadêmico de medicina, liga acadêmica, saúde coletiva.

1 INTRODUÇÃO

Na década de 1970, tomando por base que o ensino médico deve atender aos problemas da população, surgiu a urgência de reformular o ensino com vistas à melhoria da assistência de saúde. Diante da situação, criaram-se departamentos de medicina social e preventiva, bem como projetos de integração docente-assistencial, embora tais medidas tenham trazido poucas mudanças ao padrão de ensino médico (SAYEGI, 1992). No entanto, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, houve um impulsionamento de uma maior série de mudanças na educação médica, que já vinha ocupando lugar de destaque nas discussões sobre os modelos de saúde. A Universidade, como formadora de recursos humanos na área da saúde, vem buscando a formação de um profissional adequado à realidade, preparado para lidar com as mudanças



enfrentadas pelo setor da saúde. E com esse objetivo, surgiu a Liga Acadêmica de Saúde Coletiva, buscando a complementação teórica do ensino da Universidade e a inserção do estudante de medicina desde cedo nas práticas das Unidades Básicas de Saúde da Família.

Na maioria das vezes, às enfermidades nos hospitais, não se defrontam com a maior parte dos problemas da população, pois estes são vistos em Unidades Básicas de Saúde da Família. Em virtude disso, ressaltamos neste artigo a importância do estudante de medicina nas Unidades Básicas de Saúde da Família, buscando não apenas observar, mas ser um agente crítico e ativo, contribuindo assim para a sua formação médica e auxiliando nas melhorias para a comunidade em geral. Tomando por base a corrente de pensamento do Construtivismo de Jean Piaget (1896-1930), o saber é construído ativamente e a longo prazo pela integração ininterrupta entre professores e estudantes, estudantes e estudantes, estudantes e objetos ou situações que promovem o conhecimento (CAMPOS, 2009). Dessa forma, temos que a inserção do estudante de medicina nas Unidades Básicas de Saúde da Família possibilita essas três formas de saberes, do estudante com os profissionais de saúde da unidade, dos estudantes entre si nas trocas de experiências proporcionadas pela Liga Acadêmica de Saúde Coletiva, e do estudante com a Unidade Básica de Saúde da Família, de forma observacional e ativa, buscando o olhar crítico sobre o sistema de saúde no contato com os diversos grupos atendidos nas unidades.

Sabendo que a Estratégia Saúde da Família é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, o estudante de medicina tem a oportunidade de estar diante desse primeiro contato da população e obter uma visão mais ampliada para as diversas especialidades que terá contato no decorrer do curso. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2007). Dessa forma, após o contato com a Atenção Primária de Saúde, além do saber médico, o estudante de medicina adquire também instruções sobre universalidade, acessibilidade e humanização, além de estar mais preparado para participação social e trabalho em equipe, que são as bases da estratégia Saúde da Família.

Portanto, estudantes inseridos nesse contexto prático encontram nas Unidades Básicas de Saúde da Família um cenário que lhes possibilita desenvolver atitudes e habilidades, bem como uma visão ampliada da realidade social, dos problemas e também dos indivíduos (ARAÚJO et al, 2012). Objetiva-se que as atividades práticas da Liga Acadêmica influencie



na formação final dos estudantes, tornando-os mais aptos e receptivos para integrar as equipes multiprofissionais.

2 METODOLOGIA

Este é um relato de experiência de estudantes da Liga Acadêmica de Saúde Coletiva de Campina Grande do curso de Graduação de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande. Os estudantes foram acompanhados no período de no máximo um ano e meio pelos preceptores, profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família em que foram feitas as atividades práticas, contabilizando um total de 300 horas nessas unidades.

De forma observacional os estudantes puderam compreender na prática como funcionava uma Unidade Básica de Saúde da Família, e de forma crítica e atuante, auxiliando na resolução de problemáticas que surgiram. Para produção do presente trabalho foi realizada uma sucinta revisão da literatura, essencial para o embasamento teórico e para abordar a temática da melhor maneira possível.

3 A IMPORTÂNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA FORMAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DOS LIGANTES DA LIGA DE SAÚDE COLETIVA DE CAMPINA GRANDE-PB:

A realização das atividades práticas se deu por meio do acompanhamento do médico e de uma equipe multidisciplinar (enfermeira, dentista, nutricionista e fisioterapeuta) de saúde das unidades básicas de saúde da família principalmente no período de férias das aulas, sendo possível acompanhar diariamente, possibilitando o contato com todos os grupos das UBSF.

Para uma primeira abordagem na Unidade Básica de Saúde da Família, com o acompanhamento da enfermeira, pudemos conhecer a área de territorialização da unidade que estávamos inseridos, observando fatores ambientais e sociais que nos possibilitaram a compreensão de situações que encontramos no decorrer do período. Constava de uma área com riscos ambientais relacionados principalmente a localização das moradias próximas a canais a céu aberto. Dando prosseguimento, tivemos acesso às divisões por micro-áreas das unidades, constando duas descobertas por afastamentos de Agentes Comunitários de Saúde, o que refletia em problemática de marcação de grupos de atendimento, assim como afastava aquela população que só frequentava a unidade básica mediante estímulo. Tivemos um breve



contato com os profissionais do NASF que cobriam a nossa UBSF e outros, por esse motivo nosso convívio foi efêmero.

Ademais, acompanhamos diariamente a médica da Unidade que possuía uma agenda semanal de atendimento, separada por grupos, os quais constava: Visita domiciliar, Puericultura, Gestantes com o Pré-Natal, Saúde Mental, e os pacientes do grupo de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia). Os horários restantes eram preenchidos pela demanda livre e espontânea.

Visita Domiciliar

Começávamos a semana fazendo a visita domiciliar à população que não conseguia chegar a unidade básica de saúde, constavam pacientes idosos com dificuldade de locomoção e deficientes físicos. A importância de irmos no início da semana era de resolver algum problema de saúde que possa ter surgido no final de semana, podendo se agravar se fosse adiado. A cada visita, observamos as necessidades de cada membro da residência, a evolução dos cuidados prestados anteriormente, assim como a melhora do paciente na sua integralidade. Fazíamos orientações gerais, buscando promover um viver mais saudável dentro do contexto em que esse se encontrava.

As visitas domiciliares foram vistas como um desafio essencial para nós, tendo em vista que tivemos que obter um olhar e redirecionamento para uma prática mais estruturada e sob uma visão mais crítica e reflexiva de trabalho. Utilizando-a como uma nova tecnologia de trabalho, se desenvolvendo em diferentes modos de organização do sistema com a comunidade (LOPES et al., 2008).

Puericultura

CIAMPO et al. (2006) afirma que promover e recuperar a saúde e o bem-estar da criança têm sido, há muito tempo, prioridade dentro da assistência à saúde infantil, a fim de lhes garantir o crescimento e desenvolvimento adequados nos aspectos físicos, emocional e social. Dessa forma, a puericultura é o ramo que presta uma assistência direcionada aos aspectos de promoção da saúde à criança, possibilitando a observação dos níveis de crescimento e desenvolvimento, identificando situações de risco e buscando atuar de forma precoce nas intercorrências.



No atendimento às crianças, fazíamos avaliação do desenvolvimento psicomotor e a avaliação física. No acompanhamento alimentar, foi realizado o incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos seis (6) primeiros meses de vida, e depois desse período, orientávamos a introdução gradativa de outros alimentos que contenham vitaminas, proteínas, minerais e carboidratos que supram a necessidade da criança. Após esse momento, buscávamos compreender a dinâmica familiar, sua estrutura e seus costumes, para melhor direcionamento das orientações gerais, como o calendário vacinal da criança.

O compromisso dos profissionais de saúde na execução de um acompanhamento abrangente é importante para a manutenção da saúde das crianças, pois presta uma assistência individualizada, que contempla ações de educação e promoção da saúde. Infelizmente, observamos que os responsáveis só levavam as crianças nos dois primeiros anos de nascido, sendo recomendado pelo Ministério da Saúde que sejam nos cinco (5) primeiros anos de vida, o que dificultava a qualidade do atendimento.

Pré-Natal

No âmbito da assistência pré-natal, ocorreram momentos enriquecedores, nos quais se pôde prestar uma assistência integradora, através da união entre prática de consulta e sessões educativas individuais. O exame físico ocorria de forma completa, constando da avaliação do corpo, inspeção de pele e mucosas, seguida por exame ginecológico e obstétrico. Era realizada uma anamnese sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais. Realizávamos orientações quanto ao trabalho de parto, aleitamento materno, práticas de cuidado com o bebê, cuidados no puerpério e acompanhamento da criança no programa de puericultura, e tiravam-se as dúvidas que a gestante pudesse ter.

Acompanhamos, no período que estávamos na unidade, cerca de três (3) gestantes HIV positivas, as quais demandavam uma atenção especial para reforçar a necessidade do acompanhamento médico na gestação, já que dados do Ministério da Saúde apontam que já é possível reduzir em 50% as chances de recém-nascidos contraírem o vírus da mãe, devido ao tratamento e acompanhamento adequado.

Saúde Mental



Os pacientes de Saúde Mental geralmente frequentavam a unidade para atualização de receita e recebimento das medicações, mas passavam pelo médico para avaliação geral e observação no seguimento do tratamento. Aprendemos nesse grupo a desenvolver a habilidade de empatia de forma mais intensa que nos outros grupos, já que eram pacientes que chegavam geralmente sem queixa, mas víamos neles a necessidade de conversar. Como estudantes de medicina acostumados ao automatismo, aprendemos com esse grupo a parar e ouvir, não sobre doenças, mas sobre histórias de vida.

Na unidade encontramos dois pacientes peculiares: o primeiro esquizofrênico que fazia uso da medicação, porém era alcoólatra. E o segundo era um paciente que não usava as medicações na dosagem correta, mesmo com orientação médica. Em ambos os casos foi feito o contato com a família para auxiliar no tratamento e o encaminhamento para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), recusado pelos dois pacientes.

Hiperdia

O atendimento aos hipertensos e diabéticos com o nome de grupo de Hiperdia era o maior grupo de atendimento da nossa unidade básica de saúde, ao qual se somavam às ações: possibilitando aos usuários cadastrados o acesso aos medicamentos de forma gratuita e ao acompanhamento médico e de outros profissionais.

Percebemos nesse grupo que a maioria dos pacientes atendidos possuía hipertensão e/ou diabetes descontrolada aos quais foram realizadas orientações quanto aos hábitos alimentares, à realização de exercícios físicos e ao uso correto das medicações. Notamos, porém, que muitos pacientes eram resistentes a essas orientações, com esses usuários aprendemos a vivenciar a intersetorialidade com o NASF, contando com o auxílio do nutricionista para auxiliar na mudança dos hábitos alimentares aceitos pelos pacientes.

Demanda Livre e Espontânea

Essencial para a detecção de doenças crônicas não transmissíveis, era o momento de colocar em práticas as diversas subespecialidades para, com o auxílio da médica, diagnosticar e tratar da melhor forma aquela demanda.

4 CONCLUSÃO



A partir da experiência de ter vivenciado o estágio na unidade básica de saúde, percebe-se que os procedimentos para a sedimentação do conhecimento, bem como para a sua adequada aplicação, é um processo dinâmico que necessita de aprendizado prático; promovendo enriquecimento tanto para o discente como também para a unidade e os profissionais que nela estão inseridos.

As transmissões de informações aos usuários bem como a inserção a termo nas Unidades Básicas de Saúde têm permitido aos acadêmicos a possibilidade de identificar as necessidades de saúde do coletivo em conjunto com a equipe de saúde em que estão integrados, para formular os problemas encontrados, e, partindo desse raciocínio, executar e avaliar planos de intervenção, priorizando as ações de promoção e prevenção à saúde. Desse modo, a formação de profissionais humanizados e com visão crítica em relação à atenção integral à saúde fica resguardada.

A Liga Acadêmica também foi de fundamental importância para inserção do estudante de medicina na Unidade Básica de Saúde, possibilitando a extensão dos seus conhecimentos de forma não só teórica, mas também prática.

Portanto, esse relato reflete a ideia da possibilidade de se criar desde o início de vida acadêmica um vínculo com a comunidade valorizando o programa saúde da família e a relevância do SUS, principalmente, nas comunidades de risco e desassistidas. Assim, fica o apelo aos gestores de valorizarem a atenção básica e investir na qualificação profissional e na infra-estrutura das unidades, pois mais importante que medidas curativas é a prevenção do problema.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Fernando Costa et al . O Aprender e o Orientar na Atenção Primária: Relato de Experiência de Um Semestre de Atividades no PET-Saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 164-168, Mar. 2012;

ARRUDA, Amanda Elias et al . Formação e Pesquisa em Saúde: Relato de Experiência na Atenção Primária à Saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 102-110, Mar. 2012;



BASTOS, N. M. G. **Introdução a Metodologia do Trabalho Acadêmico.** 5ª Ed. Fortaleza: Nacional, 2008;

BOTTI, Maria Luciana; SCOCHI, Maria José. **O Aprender Organizacional: Relato De Experiência Em Uma Unidade Básica De Saúde.** Saude soc., São Paulo , v. 15, n. 1, p. 107-114, Apr. 2006;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. M 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4);

CALDEIRA, Érika Soares; LEITE, Maisa Tavares de Souza; RODRIGUES-NETO, João Felício. Estudantes de Medicina Nos Serviços de Atenção Primária: Percepção dos Profissionais. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 477-485, Dec. 2011;

CAMPOS, João José Batista de. **O Ensino Da Saúde Coletiva Na Graduação Médica: Estudo De Caso Em Três Universidades Do Paraná.** 2009. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009;

DEL CIAMPO LA, Ricco RG, Daneluzzi JC, Del Ciampo IRL, Ferraz IS, Almeida CAN. **O Programa De Saúde Da Família E A Puericultura.** Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(3):739-43;

ESCOREL, Sarah et al. O Programa De Saúde Da Família E A Construção De Um Novo Modelo Para A Atenção Básica No Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, Mar. 2007;

LOPES, Wanda Oliveira. SAUPE, Rosita. MASSAROLI, Aline.; **Visita domiciliar: Tecnologia Para O Cuidado, O Ensino E A Pesquisa;** Cienc Cuid Saude; 7(2); 241-



247; 2008;

MENDES, Iranilde José Messias; BATTAGLION NETO, Ângelo; PEREIRA JUNIOR, Jether A.. Perspectiva De Ampliação Das Funções Da Unidade Básica De Saúde: Relato De Experiência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 4, n. 1, p. 119-129, Jan. 1996;

MIRANZI SSC, Ferreira FS, Iwamoto HH, Pereira GA, Miranzi MAS. **Qualidade De Vida De Indivíduos Com Diabetes Mellitus E Hipertensão Acompanhados Por Uma Equipe De Saúde Da Família**. *Texto & Contexto Enferm.* 2008; 17(4):672-9;

SAYEGI DC. **Inserção Precoce Do Aluno Na Rede Básica De Atenção Primária**. Faculdade Do Rio De Janeiro. Rio De Janeiro, 1992;

SOUZA, Clarissa França Tavares De Et Al . A atenção Primária Na Formação Médica: A Experiência De Uma Turma De Medicina. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio De Janeiro, v. 37, n. 3, p. 448-454, Sept. 2013.

