

+ Relatos de Prática - Vol 2

Experiências do  
acadêmico de

saúde

no mundo  
do trabalho

MEDICINE  
HEALTH  
TREATMENT  
DOCTOR  
SURVEY  
RECIPE

MEDICINE

MEDICINE  
HEALTH  
TREATMENT  
DOCTOR  
SURVEY  
RECIPE



## ORGANIZADORES

Alba Barros Souza Fernandes

Leonardo Possidente Tostes

Mariana Beatriz Arcuri

## RELATOS DE PRÁTICA - VOL 2

Experiências do acadêmico de saúde no  
mundo do trabalho

Editora UNIFESO

2019

Copyright© 2019

Direitos adquiridos para esta edição pela Editora UNIFESO

**Coordenação Editorial**

João Cardoso de Castro

**Assistente Editorial**

Jessica Motta da Graça

**Formatação**

Jessica Motta da Graça

**Revisão**

Roberto Loureiro Junior

**Capa**

**Thiago Pereira Dantas (Thierry)**

R321        Relatos de prática - vol 2. Experiências do acadêmico de saúde no mundo do trabalho. / Alba Barros Souza Fernandes, Leonardo Possidente Tostes, Mariana Beatriz Arcuri (organizadores). --- Teresópolis: Editora Unifeso (Coleção FESO), 2019.

ISBN: 978-85-93361-40-1  
150p.

1.    Pessoal de Saúde. 2. Prática Profissional. I. Fernandes, Alba Barros Souza. II. Tostes, Leonardo Possidente. III. Arcuri, Mariana Beatriz. IV. Título.

CDD 610.69

**EDITORA UNIFESO**

Avenida Alberto Torres, nº 111  
Alto - Teresópolis - RJ - CEP: 25.964-004  
Telefone: (21)2641-7184  
E-mail: [editora@unifeso.edu.br](mailto:editora@unifeso.edu.br)  
Endereço Eletrônico: <http://www.unifeso.edu.br/editora/index.php>

## **CONSELHO DIRETOR**

Antônio Luiz da Silva Laginestra  
**Presidente**

Jorge Farah  
**Vice-Presidente**

Luiz Fernando da Silva  
**Secretário**

José Luiz da Rosa Ponte  
Kival Simão Arbex  
Paulo Cezar Wiertz Cordeiro  
Wilson José Fernando Vianna Pedrosa  
**Vogais**

Luis Eduardo Possidente Tostes  
**Diretor Geral**

## **CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS – Unifeso**

Antônio Luiz da Silva Laginestra  
**Chanceler**

Verônica Santos Albuquerque  
**Reitora**

Verônica Santos Albuquerque  
**Pró-Reitoria Acadêmica Interina**

José Feres Abido de Miranda  
**Pró-Reitoria de Desenvolvimento Institucional**

Elaine Maria de Andrade Senra  
**Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão**

Edenise da Silva Antas  
**Diretora de Educação a Distância**

Ana Maria Gomes de Almeida  
**Diretora do Centro de Ciências Humanas e Sociais**

Mariana Beatriz Arcuri  
**Diretora do Centro de Ciências da Saúde**

Vivian Telles Paim  
**Diretora do Centro de Ciências e Tecnologia**

Michele Mendes Hiath Silva  
**Diretoria de Planejamento**

Solange Soares Diaz Horta  
**Diretoria Administrativa**

Rosane Rodrigues Costa  
**Diretoria Geral do Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano**

Roberta Franco de Moura Monteiro  
**Diretoria do Centro Educacional Serra dos Órgãos**

# Coleção FESO

A **Coleção FESO**, desde 2004, tem sido o principal meio de difusão da produção acadêmica do Centro Universitário Serra dos Órgãos - Unifeso, realizada a partir das atividades de ensino, pesquisa e extensão dos seus cursos de graduação e pós-graduação, assim como das suas unidades assistenciais e administrativas.

Primando pela qualidade dos produtos editorados e publicados, a Editora UNIFESO publica conteúdos relevantes nas mais diversas áreas do conhecimento através de um cuidadoso processo de revisão e diagramação.

É uma das mais importantes contribuições da Instituição para a sociedade, uma vez que a sua divulgação influencia na recondução de políticas e programas na esfera pública e privada, de forma a fomentar o desenvolvimento social da cidade e região. Todo esse processo fortalece o projeto de excelência do Unifeso como Centro Universitário. Nossas publicações encontram-se subdivididas entre as seguintes categorias:

**Série Teses:** Contempla as pesquisas defendidas para obtenção do grau de “Doutor” em programas devidamente autorizados ou credenciados pela CAPES, publicadas em formato de livro.

**Série Dissertações:** Abarca as pesquisas defendidas para obtenção do grau de “Mestre”.

**Série Pesquisas:** Contempla artigos científicos, resenhas e resumos expandidos/textos completos. Estas produções são divulgadas em formato de livros (coletâneas), periódicos ou anais.

**Série Especiais:** Esta publicação contempla textos acadêmicos oriundos de processo de certificação de docentes como pós-doutores.

**Série Produções Técnicas:** Abrange produções técnicas advindas de trabalhos de docentes, discentes e funcionários técnico-administrativos sobre uma área específica do conhecimento que contemplem produtos ou serviços tecnológicos (com ou sem registro de proteção intelectual); processos ou técnicas aplicados;

cartas e mapas geográficos. As formas de divulgação destas produções podem ser em meios impressos ou digitais, no formato de cartilhas, POPs (Procedimento Operacional Padrão), relatórios técnicos ou científicos e catálogos.

**Série Materiais Didáticos:** Reúne os trabalhos produzidos pelos docentes e discentes com vinculação aos componentes curriculares previstos nos projetos pedagógicos dos cursos ofertados no Unifeso.

**Série Arte e Cultura:** Abarca as produções artístico-culturais realizadas por docentes, técnicos-administrativos, estudantes, instrutores de cursos livres e artistas locais, assim como as produções desenvolvidas junto aos eventos do Centro Cultural FESO Pró-Arte (CCFP), podendo ser constituída por livros, partituras, roteiros de peças teatrais e filmes, catálogos, etc.

**Série Documentos:** Engloba toda a produção de documentos institucionais da FESO e do Unifeso.

A abrangência de uma iniciativa desta natureza é difícil de ser mensurada, mas é certo que fortalece ainda mais a relação entre a comunidade acadêmica e a sociedade. Trata-se, portanto, de um passo decisivo da Instituição no que diz respeito à compreensão sobre a importância da difusão de conhecimentos para a formação da sociedade que queremos: mais crítica, solidária e capaz de enfrentar as dificuldades que se apresentam.

Desejo a todos uma ótima leitura!

*Elaine Maria de Andrade Senra*

**Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão – Unifeso**

## AUTORES - TURMA 88

1. Alisson Q. Andrade
2. Amanda Fonseca Silva Junqueira
3. Amanda Rocha de Barros
4. Ana Gabriela de Almeida Kopke
5. Ana Luísa Moreira
6. Ana Paula Coutinho Barros de Brito
7. Angélica Dalva de Faria Gomes Neta
8. Blenda Beatriz K. Guimarães Tallon
9. Bruno Benez
10. Caio Faria Tardim
11. Camila Araújo Hassen Freire
12. Camille Santos Andrade
13. Carolina Rosa dos Santos
14. Eduardo Silveira de Mattos
15. Eiji Matsui
16. Fabio Ferreira Bustamante
17. Fernanda Pereira Barbosa
18. Fernando Pereira Silva
19. Gabriel Jeangregório M. Guimarães
20. Glauco Gustavo da Silva e Silva
21. Gleycielle Cardoso Dias
22. Glória Maria Schitini de Souza
23. Gustavo Adolfo Brasileiro Passos
24. Gustavo Araújo D. Lopes
25. Gustavo Carrizo Defáveri
26. Hugo José de C. Garcia dos Santos
27. João Lucas Brasileiro Guimarães
28. Joyce Daiane Barreto Ribeiro
29. Leonardo Oliveira Lima
30. Luana Amaral de Moura
31. Lucas Almeida M. do Nascimento
32. Lucas Batista da Silva Costa
33. Lucas Nicolau de Oliveira
34. Lucas Pinheiro Gregório
35. Lucas Vargas Fabbri
36. Luiza Viza Fonseca
37. Manuela de Paula Gomes
38. Marcelle Simões de Magalhães
39. Maria Luiza Gomes Jenkins
40. Marianne Cardoso Rodrigues
41. Martha Abreu C. de Araújo Pinho
42. Mauro de Almeida Motta Júnior
43. Paloma Vieira Pires
44. Vinícius Barbosa Neumann
45. Wily da Silva Botelho Filho

# SUMÁRIO

## ***CAPÍTULO I - O SUS COMO ESCOLA***

### **RELATO DE EXPERIÊNCIA: INTERNO DE MEDICINA NA ATENÇÃO BÁSICA NOS MUNICÍPIOS DO RIO DE JANEIRO E TERESÓPOLIS \_\_\_\_\_ 13**

Blenda Beatriz Klayn Guimarães Tallon

### **RELATO DE EXPERIÊNCIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM TERESÓPOLIS/RJ \_\_\_\_\_ 16**

Alisson Q. Andrade

Gustavo Araújo D. Lopes

### **A SAÚDE DE FAMÍLIA COMO BASE NO CUIDADO \_\_\_\_\_ 18**

João Lucas Brasileiro Guimarães

### **O HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO COMO CENÁRIO DA PRÁTICA MÉDICA HOSPITALAR \_\_\_\_\_ 21**

Mauro de Almeida Motta Júnior

Joyce Daiane Barreto Ribeiro

### **O PREPARO PARA UM NOVO CICLO \_\_\_\_\_ 24**

Lucas Batista da Silva Costa

### **A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DE FAMÍLIA – UM MODELO QUE DÁ CERTO \_ 27**

Manuela de Paula Gomes

### **A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO BÁSICA NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO MÉDICO \_\_\_\_\_ 37**

Paloma Vieira Pires

### **RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A ATUAÇÃO DE UM ACADÊMICO DE MEDICINA EM CENÁRIOS DE ATENÇÃO BÁSICA EM TERESÓPOLIS E NO RIO DE JANEIRO \_\_\_\_\_ 40**

Lucas Nicolau de Oliveira

## ***CAPÍTULO II - IMPACTOS DA REALIDADE***

### **MEU INTERNATO NA ATENÇÃO BÁSICA \_\_\_\_\_ 46**

Bruno Benez



**RELATO DE DOIS ACADÊMICOS DE MEDICINA EM UMA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA \_\_\_\_\_ 50**

Carolina Rosa Dos Santos  
Eiji Matsui

**RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA EM TERESÓPOLIS \_\_\_\_\_ 54**  
Luiza Viza Fonseca \_\_\_\_\_ 54

***CAPÍTULO III - RELATOS DO QUE VIVI***

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: VISÃO E VIVÊNCIA DE INTERNAS DO UNIFESO INSERIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO \_ 60**

Amada Rocha de Barros  
Luana Amaral de Moura

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DO INTERNATO EM UMA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO-RJ \_\_\_\_\_ 64**

Ana Luísa Moreira

**RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA \_\_\_\_\_ 68**

Fernando Pereira Silva

**EXPERIÊNCIA EDUCACIONAL VIVIDA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE \_\_\_\_\_ 72**

Gabriel Jeangregório Martins Guimarães

**RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA \_\_\_\_\_ 77**

Gleycielle Cardoso Dias

**MINHA VIVÊNCIA E APRENDIZADO COMO INTERNA NOS CENÁRIOS DE ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO E EM TERESÓPOLIS \_ 79**

Fernanda Pereira Barbosa

**RELATO DE EXPERIÊNCIA NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA POR INTERNOS DO 9º PERÍODO DO UNIFESO \_\_\_\_\_ 83**

Hugo José de Carvalho Garcia dos Santos  
Angélica Dalva de Faria Gomes Neta

**MINHA EXPERIÊNCIA COMO INTERNO DE MEDICINA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM TERESÓPOLIS E NO RIO DE JANEIRO \_\_\_\_\_ 87**

Fabio Ferreira Bustamante

**EXPERIÊNCIAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE \_\_\_\_\_ 91**

Lucas Vargas Fabbri

## ***CAPÍTULO IV - CAMPO DE PRÁTICA, CAMPO DE APRENDIZADO***

### **APRENDENDO A SER MÉDICA NO CENÁRIO DA ATENÇÃO BÁSICA \_\_\_\_ 97**

Camille Santos Andrade

### **ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA COMO INTERNAS DE MEDICINA NA UBSF EM TERESÓPOLIS/RJ E NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO RIO DE JANEIRO/RJ \_\_\_\_\_ 100**

Amanda Fonseca Silva Junqueira

Ana Gabriela de Almeida Kopke

### **PÉ DIABÉTICO – UM ESTUDO QUE CONTRIBUIU PARA NOSSA FORMAÇÃO MÉDICA \_\_\_\_\_ 104**

Glauco Gustavo da Silva e Silva

Caio Faria Tardim

### **APRENDIZES NA ILHA: PROJETO OUTUBRO ROSA \_\_\_\_\_ 110**

Ana Paula Coutinho Barros de Brito

Gustavo Adolfo Brasileiro Passos

### **UMA EXPERIÊNCIA NA SAÚDE MENTAL \_\_\_\_\_ 115**

Glória Maria Schitini de Souza

### **MINHA EXPERIÊNCIA COMO INTERNA NA ATENÇÃO BÁSICA \_\_\_\_\_ 118**

Marianne Cardoso Rodrigues

### **MINHA NARRATIVA DE PRÁTICA \_\_\_\_\_ 121**

Wily da Silva Botelho Filho

### **RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA EM TERESÓPOLIS \_\_\_\_ 124**

Lucas Almeida Maia do Nascimento

Vinícius Barbosa Neumann

## ***CAPÍTULO V - RELATOS DO QUE APRENDI***

### **RELATO DE EXPERIÊNCIA - O QUE VIVI E APRENDI NA MINHA ATUAÇÃO COMO INTERNA DO UNIFESO NA ATENÇÃO BÁSICA EM TERESÓPOLIS/RJ \_\_\_\_\_ 129**

Camila Araújo Hassen Freire

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DO INTERNATO NA CLÍNICA DA FAMÍLIA DO  
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO - RJ \_\_\_\_\_ 132**

Eduardo Silveira de Mattos

Maria Luiza Gomes Jenkins

**DIFERENTES REALIDADES, UM MESMO MODELO \_\_\_\_\_ 136**

Leonardo Oliveira Lima

Marcele Simões de Magalhães

**FALANDO DO QUE VIVI E APRENDI NA MINHA ATUAÇÃO COMO INTERNO  
DO UNIFESO NA SAÚDE MENTAL \_\_\_\_\_ 140**

Gustavo Carrizo Defáveri

**RELATÓRIO DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA \_\_\_\_\_ 143**

Martha Abreu Caribé de Araújo Pinho

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA COMO  
INTERNO DE MEDICINA NA UBSF DE TERESÓPOLIS E CLÍNICA DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA, NO RIO DE JANEIRO \_\_\_\_\_ 146**

Lucas Pinheiro Gregório

“A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. ”

Jorge Larrosa, 2014

# CAPÍTULO I

## O SUS COMO

### ESCOLA

## RELATO DE EXPERIÊNCIA: INTERNO DE MEDICINA NA ATENÇÃO BÁSICA NOS MUNICÍPIOS DO RIO DE JANEIRO E TERESÓPOLIS

Blenda Beatriz Klayn Guimarães Tallon

Durante o nono período do curso de Medicina do Unifeso, início do internato, tive a oportunidade de conhecer e atuar como acadêmica durante nove semanas em uma Clínica da Família na cidade do Rio de Janeiro, e depois, durante quatro semanas, em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), na cidade de Teresópolis.

Durante o rotatório na Clínica da Família, tive contato com uma realidade diferente da qual estava habituada. Era uma clínica com várias equipes divididas de acordo com a cobertura territorial, contendo vários profissionais, e que também realizava exames complementares básicos, como eletrocardiograma, ultrassonografia e radiografias. Nesse cenário, foi possível entender como funciona a Estratégia de Saúde da Família e observar vários princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para a integralidade, a regionalização e a hierarquização.

Além disso, uma característica importante que pude notar, e que eu gostaria de destacar, foi a longitudinalidade. Apesar do tempo relativamente curto, foi possível observar o vínculo do

serviço de saúde com os pacientes e seus familiares e, conseqüentemente, a continuidade do acompanhamento e do acolhimento de novas demandas que surgiram. Esse cenário também me permitiu ter noção sobre gestão em saúde ao visualizar, na prática, como funciona a rede de saúde e seus fluxos.

Durante as reuniões de equipe, foi bastante interessante perceber o papel do médico como líder, mas que respeita e valoriza as ações dos outros profissionais.

Nesse cenário, também participei de um projeto de intervenção com outros estudantes, sob supervisão dos médicos, do enfermeiro e com o auxílio dos agentes comunitários. O objetivo era realizar uma busca ativa na comunidade para fomentar dados epidemiológicos.

Durante essa experiência, foi possível notar a importância dos agentes comunitários para o fortalecimento do vínculo dos pacientes com a clínica. Através dessa experiência, também pude ter noção sobre como o território tem influência na vida do indivíduo e participei de ações de promoção de saúde, complementando as ações já realizadas na unidade.

No decorrer do rotatório na UBSF em Teresópolis, pude vivenciar as deficiências que a atenção básica enfrenta nesse município. Apesar das limitações, principalmente em relação à falta de certas tecnologias, me senti bastante acolhida e pude observar, mais uma vez, a interação da equipe e contribuir nas ações para a promoção da saúde da população.

Essas experiências me marcaram muito porque certamente foram importantes na minha formação. Foi bastante interessante e enriquecedor ter contato com dois cenários tão distintos, mas que fazem parte do mesmo contexto e estratégia.

---

***O internato na atenção básica me proporcionou entender, na prática, como funciona o SUS e a Estratégia de Saúde da Família. A possibilidade de enxergar o paciente como um todo e a relação deste com a sociedade e o ambiente vai enriquecer a minha vida profissional e o modo de lidar com cada indivíduo. Foi de imenso valor ter contato com tantos profissionais da área da saúde, não só com os médicos, contribuindo para que eu entendesse a importância da interdisciplinaridade e do respeito para o meu futuro nesta profissão.***

---



## RELATO DE EXPERIÊNCIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM TERESÓPOLIS/RJ

Alisson Q. Andrade  
Gustavo Araújo D. Lopes

O presente relato visa a apresentar as experiências vividas por dois internos do nono período do curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos – Unifeso, em uma Unidade Básica de Saúde da Família em Teresópolis/RJ. O estágio em regime de internato ocorreu de terças às sextas-feiras, durante os períodos matutino e vespertino, entre os meses de outubro e dezembro de 2017.

Ao longo desses meses, sob a supervisão da médica da unidade, desenvolvemos diversas atividades, tais como: visitas domiciliares, palestras educacionais em saúde, atendimentos em Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia.

Durante nossa permanência na unidade de saúde, evoluímos paulatinamente de observadores para protagonistas nos atendimentos médicos. Conseguimos colocar em prática grande quantidade dos conteúdos aprendidos durante os quatro anos iniciais da faculdade, principalmente aqueles considerados de baixa complexidade e alta prevalência na população, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e saúde básica da mulher.

Em pouco tempo, fomos capazes de realizar a maioria das consultas de forma independente, sendo capazes de efetuar diagnósticos e propor medidas terapêuticas. Também aproveitamos para aprimorar nossas habilidades técnicas em puericultura, coleta de colpocitológico e aplicação de medicamentos e vacinas.

---

***Ademais, a vivência no campo de atuação nos possibilitou experimentar os princípios que regem o Sistema Único de Saúde. Em relação à universalização, buscamos garantir o direito previsto pela constituição de atendimento médico a todos os cidadãos, independente de sexo, raça ou credo. Visamos, ainda, oferecer cuidado para os pacientes de maneira menos desigual possível, cumprindo com o dever da equidade. Por fim, em cada encontro com o paciente, buscávamos entender não somente a doença em si, mas o indivíduo de maneira integral, atentando-nos para suas necessidades pessoais, familiares e da comunidade como um todo.***

---

Nossa principal dificuldade consistiu em dar continuidade no manejo de alguns pacientes, que necessitavam de exames complementares mais elaborados e atendimentos por médicos especialistas. Afim de solucionar esse problema, utilizamos o serviço de referência e contra referência.

Concordamos que a conclusão dessa etapa foi fundamental para o aperfeiçoamento das nossas carreiras, nos capacitando a sermos médicos mais humanizados e aptos a exercer a prevenção e o cuidado de doenças de base da população.

## A SAÚDE DE FAMÍLIA COMO BASE NO CUIDADO

João Lucas Brasileiro Guimarães

A saúde da família está no primeiro nível de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) e é considerada uma estratégia primordial para a organização e o fortalecimento da atenção básica. A partir do acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, são desenvolvidas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

Para efetivar essas ações, é necessário o trabalho de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), formadas por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico de higiene dental.

---

***As equipes de saúde da família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade, com o desafio de ampliar as fronteiras de atuação e a resolutividade da atenção. Além disso, tem como estratégia de trabalho: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta; e prestar assistência integral, organizando o fluxo de encaminhamento para os demais níveis de atendimento, quando se fizer necessário.***

---

A minha experiência mais próxima com a atenção básica ocorreu no 9º período, fracionada em dois cenários: UBSF de uma região da zona rural em Teresópolis, RJ e Clínica de Saúde da Família (CSF) na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, RJ. Na microrregião localizada em Teresópolis, atendíamos os pacientes em duplas. Foi um local de muito aprendizado, pois se confirmava, na prática, os conteúdos aprendidos na faculdade durante os anos anteriores ao internato médico. Esse convívio com os pacientes e toda a equipe que compunha a unidade serviu de experiência, pois via-se a real necessidade da população. Durante esse período, foram realizadas visitas domiciliares (VD) na casa dos pacientes que não se encontravam em condições de ir à unidade. Nessas visitas, eram feitos questionamentos sobre a doença do paciente, alimentação, uso correto da medicação, hábitos alimentares, entre outras dúvidas. Por ser uma região rural, com cultivo de hortaliças, era muito frequente a intoxicação por agrotóxicos devido à manipulação inadequada dos produtos químicos, sendo necessária a instrução do uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI). Observava-se, também, um grande número de pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus tipo II, que apresentavam um tratamento irregular devido à alimentação inadequada associada ao não controle glicêmico pelo uso de hipoglicemiantes orais.

Nesse período, percebi que a estrutura física da unidade poderia melhorar, uma vez que serviria a população com qualidade superior. Um exemplo seria a ampliação do espaço físico para ministrar palestras de cunho preventivo e educativo.

O outro cenário de muita experiência ocorreu em uma CSF da Ilha do Governador, Rio de Janeiro/RJ. Descíamos a serra durante a semana, de segunda à sexta-feira, no ônibus disponibilizado pela Faculdade. No início, nos foi apresentada toda a estrutura da clínica, que era muito bem equipada para atender a população, com uma área ampla, bem arborizada e várias salas para atendimento.

Os atendimentos eram feitos em dupla ou trio com os internos de outra instituição de ensino, sendo auxiliados pela médica preceptora, que deu todo o suporte necessário para o aprendizado. Os casos clínicos eram riquíssimos, contribuindo para a minha formação médica.

Uma experiência marcante durante esse período na clínica foram as visitas domiciliares com o agente comunitário de saúde (ACS), que demonstraram a realidade de vida dos moradores. Nesse mesmo percurso, foram realizadas campanhas, advertindo os moradores para o risco de doenças sexualmente transmissíveis.

Essa experiência vivida no 9º período foi de grande valia para a minha formação médica, pois os conceitos estudados durante as aulas foram colocados em prática nas consultas e rotinas de atendimento.

## O HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO COMO CENÁRIO DA PRÁTICA MÉDICA HOSPITALAR

Mauro de Almeida Motta Júnior  
Joyce Daiane Barreto Ribeiro

Durante o nosso Internato em Medicina, fomos inseridos em diversos cenários de prática, cada um com sua peculiaridade. Para este relato de experiência, escolhemos a nossa vivência durante o 10º período da faculdade no rotatório de Cirurgia Geral, que ocorreu no Hospital Federal de Bonsucesso (HFB).

O HFB está localizado na Avenida Brasil, Rio de Janeiro/RJ e é referência em serviços de média e alta complexidade. Além disso, é considerado o maior hospital da rede pública do Estado do Rio de Janeiro em relação à quantidade de atendimentos, sendo as cirurgias oncológicas a grande referência cirúrgica da unidade.

A Clínica Cirúrgica do hospital é dividida em dois grupos: Clínica Cirúrgica A (CCA) e Clínica Cirúrgica B (CCB). Ficamos com o grupo que acompanhou as atividades da CCA de terça à sexta-feira. Desde o primeiro dia, fomos muito bem recebidos por toda a equipe: preceptores, residentes, equipe de enfermagem e auxiliares.

Cada interno do grupo ficou responsável por, no mínimo, dois leitos de internação. Nosso dia a dia se baseava na evolução dos pacientes juntamente com o médico residente e, posteriormente, na passagem do *round* clínico com o preceptor à

beira do leito. Após o round, tínhamos atividades variadas: centro cirúrgico, discussão de casos clínicos ou apresentação de seminários. Durante nossa permanência no HFB, fomos sempre estimulados pelos preceptores a estudarmos os assuntos referentes ao que presenciávamos em nossa rotina e também sobre as comorbidades mais comuns na prática da Clínica Cirúrgica.

Apesar de estarmos no grupo da CCA, nos foi dada a liberdade de acompanhar outras cirurgias que estivessem ocorrendo no Centro Cirúrgico, desde que autorizados pela equipe responsável – nossos pedidos jamais foram negados. Isso foi bastante proveitoso, pois algumas vezes não havia anestesistas disponíveis para a realização de cirurgias programadas para a CCA. Desta forma, apesar das adversidades, pudemos ampliar o leque de procedimentos cirúrgicos vivenciados por nós nas mais diversas especialidades cirúrgicas: substituição de válvula mitral, ressecção de tumor cerebral por acesso subcranial, duodenopancreatectomia e muitas outras cirurgias com alto nível de complexidade.

Como o HFB tem o setor de emergência, os plantões eram sempre agitados e com diversos procedimentos clínicos e cirúrgicos para serem realizados. Isso possibilitou a consolidação prática do que havíamos aprendido em teoria e no Laboratório de Habilidades da faculdade. Além disso, ampliou nossa visão da especialidade de Cirurgia Geral.

**Esse rotatório impactou, de forma bastante positiva, a nossa formação médica, já que estivemos inseridos em um hospital de grande porte e, principalmente, porque fomos muito bem recebidos por toda a equipe da CCA.**

---



## O PREPARO PARA UM NOVO CICLO

Lucas Batista da Silva Costa

Este relato de experiência foi realizado com base em minha passagem e vivência como interno durante o 10º período, no qual o cenário foi o Hospital Federal de Bonsucesso (HFB). Este tema e cenário foram escolhidos, pois foi a partir daí que pude perceber o quão importante é o aprendizado na prática, a adaptação com o dia a dia de um plantão e seus “bizus”, o privilégio de poder contar com bons colegas de trabalho e de rotina e, principalmente, preparar-me para que quando o “dia D” da formatura chegar, eu possa estar apto a trabalhar e desempenhar meu conhecimento com coragem suficiente para vencer essa barreira que muitos formandos temem, que é se formar sem nunca ter dado um plantão. Dessa forma, a mensagem que ficou para mim foi que ali seriam iniciadas doses homeopáticas de “CRM”, para que não fossem precisas doses muito altas ao final do curso, associadas geralmente a medo, insegurança, sentimento de despreparo e ansiedade.

O cenário do HFB me proporcionou diversas situações e lembranças que eu jamais esquecerei. Foi lá que iniciei meus primeiros plantões acadêmicos acompanhando os residentes e suas decisões médicas. Ao mesmo tempo, pude corrigir diversos erros e percebi que, a todo o momento, estávamos em foco, sob observação: cada palavra dita, cada gesto e ação faziam toda a

diferença na relação médico-paciente e médico-equipe, independentemente do conhecimento teórico/prático que o médico possui.

---

***Este foi, de fato, o pontapé para que eu iniciasse meus plantões acadêmicos, agora como tomador de decisões, junto ao médico de plantão. E todos os aprendizados, puxões de orelha e “bizus” de como realizar um plantão resolutivo e “destravado” fizeram a diferença para que eu me tornasse um bom acadêmico plantonista, criasse sempre bons vínculos por todos os plantões que passei, e que sentisse, mesmo que apenas com uma conversa/conforto num momento delicado, que fiz o bem ao meu paciente ou ao seu cuidador. A sensação de fazer bem a alguém é simplesmente incrível, e tudo isso foi possível quando, lá no começo do 10º período, eu decidi ficar e acompanhar um pouco mais, corrigir e aprender com meus erros.***

---

O rotatório com o qual eu mais me identifiquei foi o de Cirurgia Geral. Foi neste que fiquei na maioria das vezes, conheci o centro cirúrgico, acompanhei plantões e enfermarias e participei de diversas cirurgias. O aprendizado foi, de longe, o maior em relação aos outros rotatórios disponíveis durante o decorrer do período. Foi ali que comecei a “pegar mão” dos procedimentos que viabilizaram, e muito, o futuro tocar dos meus plantões acadêmicos.

Em relação ao HFB, um obstáculo notável foi sua distância em relação à Teresópolis. Demorávamos cerca de quatro a cinco horas, somadas as idas e vindas diárias. Isso nos prejudicava, não só pelo fato de ser um tempo quase morto para estudos, mas também ser pouco efetivo para o descanso, já que o desconforto do ônibus não permitia, pelo menos no meu caso, uma posição que

viabilizasse relaxar e simplesmente dormir; a sensação era basicamente de estar “enlatado”. Mesmo assim, todo esse ônus era parcialmente revertido quando os plantões me proporcionavam novos e ricos aprendizados.

Para finalizar, é imprescindível que eu me lembre de todos que me passaram ensinamentos ou até mesmo evoluíram profissionalmente comigo neste cenário tão marcante.

Em meio a todas essas experiências, fui tomando minhas doses de preparo e aqui estou. Todo aprendizado foi válido e, com toda certeza, me auxiliou a estar mais preparado para o mercado de trabalho e, principalmente, me tornar um bom médico, um bom humano. A barreira da formatura já não é tão assustadora assim, e a sensação de despreparo dá lugar à confiança, ao foco e à tranquilidade (ou, pelo menos, a menor ansiedade possível).

## A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DE FAMÍLIA – UM MODELO QUE DÁ CERTO

Manuela de Paula Gomes

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um modelo que procura reorganizar a Atenção Básica de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e com o apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estes são estruturas vinculadas à atenção básica, que buscam ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na ESF, privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se em apoio às equipes de saúde da família e ampliando sua resolutividade e sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado.

A ESF teve início com o Programa Saúde da Família (PSF), idealizado pelo Ministério da Saúde em 1994. Desde então, é estabelecido como estratégia prioritária para a organização e o fortalecimento da atenção primária no País. Por meio dessa estratégia, a atenção à saúde é executada por uma equipe composta por profissionais de diferentes categorias (multidisciplinar), que trabalham de forma articulada (interdisciplinar), considerando as pessoas como um todo e levando em conta suas condições de trabalho e moradia, bem como suas relações com a família e com a comunidade.

O PSF surgiu como uma reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em consonância com os

princípios do SUS. Assim, o PSF se apresentou como uma nova forma de trabalhar a saúde, tendo a família como o centro da atenção e não somente o indivíduo doente. Também introduziu uma nova visão no processo de intervenção em saúde, na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção.

Para alcançar esse modelo, a ESF necessita compreender a realidade da população sob sua responsabilidade, incluindo os contextos familiares e a vida comunitária, desenvolvendo um processo de planejamento pactuado em cada uma de suas fases: programação, execução e avaliação.

O PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, já que não representa uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de enfrentar e solucionar os problemas identificados.

Para o Ministério da Saúde, o PSF é uma estratégia que visa a atender indivíduo e família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial centrada no hospital, passando a focalizar na família em seu ambiente físico e social.

Portanto, o PSF pode ser definido como “um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que tange à área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados”.

A ESF, funcionando adequadamente, é capaz de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população. Dessa forma, a ESF, assim chamada atualmente, se torna fundamental para a mudança do modelo assistencial, objetivando a qualidade de vida da comunidade.

A ESF possibilita uma relação de longa duração entre a equipe de saúde e os usuários (vínculo), independentemente da presença ou ausência de problemas de saúde. O foco da atenção é a pessoa, e não a doença. As ações e os serviços de saúde devem ser pautados pelo princípio da humanização. O acolhimento é uma das formas de atingir esse princípio e se caracteriza como um modo de agir que dá atenção a todos que procuram os serviços, não só atendendo suas necessidades, mas percebendo aquilo que muitas vezes não é dito.

---

***Tendo em vista o que foi exposto, é possível perceber que o SUS, mesmo sendo considerado um grande passo na igualdade de atendimento nos hospitais brasileiros, não funciona na***

prática. O que realmente se vê é a falta de estrutura para receber os pacientes, falta de medicamentos, aparelhos quebrados, leitos insuficientes, dentre inúmeros outros problemas, que impossibilitam o auxílio eficaz da ESF na comunidade.

O Brasil vive hoje um período crítico de crise econômica, política e social e, infelizmente, a saúde é um dos setores mais afetados. O Rio de Janeiro, por exemplo, é atualmente um dos estados que mais sofre com essa triste realidade brasileira. Os funcionários concursados dos hospitais estão em greve, garantindo o atendimento de apenas 50% de capacidade. Já os funcionários terceirizados estão sendo demitidos pelas organizações sociais (OS) – empresas que administram unidades de saúde – sem o pagamento de salários e direitos trabalhistas. Devido a esse descaso com a saúde brasileira, funcionários de hospitais federais e municipais fazem paralisações a todo o momento, atendendo apenas pessoas baleadas e esfaqueadas. Até partes de determinadas emergências foram fechadas. Existem, ainda, problemas como falta de insumos básicos e medicamentos, equipamentos sem manutenção e filas enormes para conseguir atendimento. Lamentavelmente, os gestores políticos são os principais culpados.

Portanto, fica claro que se encontra cada vez mais longe o projeto de proporcionar uma saúde igualitária para a população brasileira. É preciso perceber que o primeiro passo para o desenvolvimento do país é investir na saúde. Para isso, os governantes devem estabelecer metas, como por exemplo: redução das desigualdades; ampliação do acesso com a qualificação e humanização da atenção; redução dos riscos e agravos; reforma do modelo de atenção à saúde; aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social; e, principalmente, acabar com a corrupção e desvio de verbas. Uma gestão competente trará ao SUS elogios não só na teoria, mas também na prática.

---

A seguir, será descrito o relato de caso de J.B.L., masculino, branco, 71 anos, casado, residente e natural do Rio de Janeiro e aposentado, que apresentava como queixa principal a presença de tremores. O paciente possuía, como diagnóstico clínico, doença de Parkinson diagnosticada há mais ou menos sete anos. Na avaliação funcional, apresentava dificuldade de deambulação e dor articular pela perda de amplitude de movimento associado à rigidez articular e tônus alterado, além de dificuldade para caminhar. Na época do relato, fazia acompanhamento com a equipe da unidade, inclusive psiquiátrico, pois apresenta um leve quadro depressivo e retardo mental moderado. No momento da visita domiciliar, estava em uso de cloridrato de Benserazida 100/25 mg 1cp de 8/8 h ao dia. O paciente negava hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). Relatou que nunca havia passado por cirurgias e que não apresentava alergias. Também negava tabagismo e etilismo. Era casado, tinha cinco filhos e seus pais eram falecidos.

No dia 11 de outubro de 2017, realizei, juntamente com a equipe da ESF do meu bairro, uma visita domiciliar (VD) ao Sr. J.B.L., com os seguintes objetivos: conhecer o domicílio e suas características ambientais, identificando, também, características socioeconômicas e culturais; verificar a estrutura e a dinâmica familiar; identificar fatores de risco individuais e familiar; prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio; auxiliar no controle e na prevenção de doenças transmissíveis, agravos e



doenças não transmissíveis; estimular a adesão ao tratamento; promover ações de promoção à saúde, incentivando mudança no estilo de vida; propiciar, ao indivíduo e à família, a participação ativa no processo saúde-doença; adequar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares; estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas para o auto cuidado e avaliação psiquiátrica do Sr. J.B.L.

Ao chegar à residência, fomos recebidos por sua esposa, a Sra. A.D., e por seu filho M.O., enquanto o Sr. J.B.L encontrava-se deitado em sua cama de solteiro na sala, dizendo que estava com frio. Ao serem questionados sobre J.B.L possuir alguma doença crônica, a Sra. A.D. nos disse que ele não tinha nada, pois "Jesus o curara de tudo". Ao serem indagados sobre o uso de alguma medicação, ela nos respondeu que o Sr. J.B.L fazia uso de cloridrato de Benserazida 100/25 mg 1cp de 8/8 h ao dia. Foi relatado que o paciente apresentava dificuldades para se locomover, pois não conseguia se levantar sozinho e nem mudar de posição na cama. Relataram, também, que J.B.L. queixava-se de dor durante toda a noite. O paciente negou realizar qualquer tipo de atividade física. A Sra. A.D. negou a doença crônica e, a todo o momento, deixava claro seu fanatismo religioso ao se recusar a tomar qualquer medicamento e dizer que "apenas Jesus teria o poder da cura".

O Sr. J.B.L. recebia auxílio do INSS e seu filho trabalhava como motorista de van, emprego que possibilitava que contribuísse

em casa com algum dinheiro. A Sra. A.D. nos disse que estava tentando se aposentar pelo INSS, mas ainda não havia conseguido. O preço do aluguel era 200 reais por mês.

A casa tinha três cômodos: sala, banheiro e uma cozinha em péssimo estado devido às instalações precárias. Não havia visto luz nem ponto de água no banheiro. Era perceptível que a entrada de ar ocorria somente pela porta da frente. Na sala onde o Sr. J.B.L dormia, haviam móveis, caixas e várias sacolas amontoadas. A casa era insalubre devido à falta de circulação de ar e em função dos objetos acumulados, sem mencionar as condições precárias do banheiro. Por ser um ambiente muito abafado, foi possível perceber, durante a visita domiciliar, um odor bastante desagradável em toda a residência, principalmente devido à presença de aproximadamente oito gatos e um cachorro com sinais de maus tratos. Em toda a residência, foi possível perceber, também, acúmulos de objetos diversificados, muita poeira, lixo acumulado e teias de aranha por toda parte.

Durante a VD, o Sr. J.B.L se manteve em silêncio a maior parte do tempo. A Sra. A.D. relatou que teve sete filhos, mas três morreram. Ela nos informou que mantinha contato com os outros filhos apenas por telefone e que eles não frequentavam a casa por morarem muito longe. No momento da visita, ela não soube informar o nome do bairro em que eles moravam.

Ao exame físico, o Sr. J.B.L. encontrava-se emagrecido, desidratado, corado, afebril, eupneico e normocárdico;

apresentava ainda tremores e dificuldade de deambular devido à doença de Parkinson; ausculta cardíaca com ritmo cardíaco regular em dois tempos e bulhas normofonéticas; ausculta pulmonar com murmúrio vesicular universalmente audível sem ruídos adventícios; abdômen peristáltico, indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias; membros inferiores livres de edema; pressão arterial de 140 x 90 mmHg.

A Sra. A.D., ao exame físico, encontrava-se emagrecida, desidratada, corada, afebril, eupneica e normocárdica; ausculta cardíaca com ritmo cardíaco regular em dois tempos e bulhas normofonéticas; ausculta pulmonar com murmúrio vesicular universalmente audível sem ruídos adventícios; membros inferiores livres de edema, pele íntegra com cicatrizes de lesão; pressão arterial de 130 x 80 mmHg.

Ao exame psíquico, o Sr. J.B.L. apresentou-se lúcido; com camisa; deambulando com dificuldade, precisando de auxílio do filho para caminhar; emagrecido; aparência descuidada; hipovigil e normotenaz; colaborativo à abordagem da equipe, apesar das dificuldades de deambulação e tremores de extremidades; memória retrógrada e anterógrada prejudicada; déficit cognitivo; sem alteração da sensopercepção; pensamento com curso e conteúdo regulares, apresentando alteração na forma; monossilábico; consciência do eu mantida; nexos afetivos familiares rompidos; hipotímico; hipobúlico; psicomotricidade com alterações; pragmatismo comprometido; apresentava consciência

da doença atual; não soube fornecer informações sobre orientação auto ou alopsíquica.

Com base na classificação de risco da Escala de Coelho Savassi, o Sr. J.B.L. encontrava-se sob risco máximo, com escore total acima de nove, visto que o paciente em questão pontuava nos seguintes quesitos: apresentava deficiência física (3 pontos) e deficiência mental (3 pontos); sua casa apresentava precárias condições de saneamento básico (3 pontos); analfabeto (1 ponto); idade maior que 70 anos (1 ponto); relação morador/cômodo igual a um (2 pontos).

---

***Após toda análise socioeconômica da estrutura familiar do SR. J.B.L., fui capaz de perceber suas carências e fragilidades e apresentei propostas para um projeto terapêutico. Esse projeto consistia em fazer com que o Sr. J.B.L. comparecesse duas vezes por semana na Clínica de Saúde da Família (CSF) para realização de atividade física com o educador físico do NASF. Aconselhei a família sobre a necessidade da mudança de decúbito na cama. Orientei sobre a importância de dar a medicação de forma regular ao paciente. O medicamento PROLOPA foi suspenso devido aos efeitos colaterais, e iniciado BIPERIDENO. Incentivei o aumento da ingestão hídrica e uma alimentação saudável e fracionada para todos os moradores da residência. Estimulei a Sra. A.D. a buscar também avaliação clínica e psiquiátrica junto à equipe da ESF, principalmente para ajudá-la a se livrar de todos os objetos acumulados presentes na casa. Ressaltei a importância de um ambiente limpo e agradável para todos os familiares. Procurei uma Associação de Proteção Animal para resgatar os animais maltratados existentes na casa e levá-los para adoção. Estabeleci que novas visitas domiciliares fossem realizadas periodicamente para que***

***um cuidado e um acompanhamento continuado fosse possível, estimulando sempre a comunicação entre família e CSF.***

---

Apesar de algumas dificuldades na adesão ao Projeto Terapêutico, eu e minha equipe tivemos êxito, pois pequenas mudanças significaram muito para a melhora do quadro clínico e estilo de vida do Sr. J.B.L. e de sua esposa. Percebi que, ao mesmo tempo em que a ESF tenta oferecer um serviço universal e integral, ainda é comum encontrarmos pessoas com dificuldades de acesso. O desconhecimento dessas pessoas acerca da real função da ESF também é frequente. Daí a importância do incentivo à implantação de equipes que realizem visitas domiciliares nesses locais, visando sempre a atender a todas as necessidades dessa população, evidenciando o valor que a ESF representa para a saúde pública.

## A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO BÁSICA NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO MÉDICO

Paloma Vieira Pires

Durante o 9º período, fui designada para atuar como interna de Medicina em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) de Teresópolis, RJ. Essa unidade era composta por uma equipe multiprofissional especializada e treinada, de forma a garantir à população local acesso à atenção primária em saúde. Nesse ambiente, eram realizadas atividades que incluíam desde grupos de orientação para prevenção de doenças, até consultas médicas, visando ao diagnóstico e tratamento de possíveis comorbidades.

---

***Apesar do espaço físico limitado que nos deparamos, com escassez de determinados insumos essenciais para o melhor atendimento da população, o cenário demonstrou riqueza em relação ao processo de aprendizado. A equipe nos possibilitava realizar, sob supervisão, as consultas médicas, estimulando o desenvolvimento do raciocínio clínico. Além disso, a médica da unidade costumava realizar reuniões nas quais eram discutidos os casos individualizados e podíamos sugerir condutas de forma a obter o melhor plano terapêutico para os pacientes.***

---

Uma das propostas da unidade era a realização de visitas domiciliares, uma vez por semana, aos pacientes com maior dificuldade de comparecer ao serviço. Em uma dessas atividades, acompanhada da médica, da enfermeira e de outras duas colegas

de internato, pude conhecer um paciente jovem que havia sofrido acidente de trabalho, ficando paraplégico. A maior queixa da família concernia na dificuldade em realizar os curativos. A equipe então, além dos cuidados com a ferida, se propôs a auxiliar a família, ensinando como realizar os curativos de forma adequada. Além disso, foi evidenciada a necessidade de acompanhamento com especialistas, sendo feito os devidos encaminhamentos.

Nessa mesma residência, habitava uma senhora, que por empenhar-se em cuidar dos afazeres domésticos não cuidava adequadamente de sua própria saúde. Fazia uso de medicação para hipertensão arterial, porém de forma irregular. Outro caso identificado foi da esposa do paciente, que por ser dedicada aos cuidados com o marido, principalmente após o acidente, não procurava auxílio médico. Dessa forma, visando promover os cuidados com a saúde da família como um todo, foram agendadas consultas para ambas as mulheres. A senhora foi inserida no grupo de cuidados de pacientes hipertensos, onde além de receitas médicas para conseguir acesso às medicações adequadas, recebia orientações quanto aos cuidados gerais que deveria realizar de forma a minimizar os impactos de sua comorbidade. Já a esposa do paciente foi inserida no grupo de saúde da mulher, onde pôde ser consultada, tendo suas dúvidas e dificuldades esclarecidas.

Dessa forma, ao realizarmos regularmente as visitas domiciliares, podíamos ir além da queixa principal. O objetivo

concernia em promover o bem-estar de toda família, identificando problemas até então não visualizados ou tidos como secundários.

Portanto, ao estar inserida no programa de atenção primária do município de Teresópolis tive uma experiência grandiosa em relação aos cuidados com a família. Pude aprender desde assuntos que envolviam doenças e planos terapêuticos, até a importância que uma boa relação com o paciente pode trazer de benefícios para a comunidade. Com isso, evidencio, neste relato, a importância da atenção primária e de como este cenário beneficia todo um sistema de saúde.



## RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A ATUAÇÃO DE UM ACADÊMICO DE MEDICINA EM CENÁRIOS DE ATENÇÃO BÁSICA EM TERESÓPOLIS E NO RIO DE JANEIRO

Lucas Nicolau de Oliveira

Como acadêmico do 9º período do curso de graduação em Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos (Unifeso), atuei na área da Atenção Básica em uma Clínica de Saúde da Família (CSF) no Rio de Janeiro e em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) localizada em Teresópolis. Ambas as unidades têm papel importante dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), servindo como porta de entrada dos pacientes no Sistema Único de Saúde (SUS). Elas também atuam de forma longitudinal com toda a população de seu território, abrangendo os princípios básicos da universalidade, equidade e integralidade.

---

**Apesar dos usuários serem o cerne da ESF, acredito que grande parte do desenvolvimento pessoal como acadêmico se deve aos profissionais atuantes nessas unidades. O ato do dever médico e o cuidado com os usuários foram diariamente sedimentando o modus operandi do médico inserido na Atenção Básica. Longe de estar focado apenas em alta resolutividade, o médico e toda a equipe focavam em participação social e busca ativa de usuários além da manutenção do cuidado. A criação de microáreas para atuação de cada profissional e o empenho de cada um para entender melhor seu território foi considerado, por mim, o maior desafio da equipe, não apenas pelo grande**

---

**número de variáveis ao se analisar um território, mas também pela complexa interação entre os usuários do sistema.**

---

Por trás de cada indivíduo havia uma história, desejos, anseios e esperança. Os acolhimentos que realizei dentro da Atenção Básica só reforçaram esta verdade. Muitas vezes encontrei usuários de idade avançada, fragilizados pelas cicatrizes da vida e com uma lista de queixas ordenadas alfa numericamente, mas que no fundo não precisavam de nenhum medicamento naquele momento. Tudo que queriam era atenção, um abraço ou simplesmente alguém que pudesse lhe dizer que tudo ficaria bem. Outros vinham sem queixas e relutavam em aceitar/tratar uma doença “silenciosa” como diabetes ou hipertensão.

Apesar de ter aprendido técnicas pertinentes com profissionais da ESF, a melhor delas foi simplesmente ouvir o paciente, me comunicar efetivamente e permitir que ele compartilhasse seus medos e desejos. Percebi que o vínculo entre o profissional e os usuários só poderiam ser estabelecidos desta maneira e sem esta ligação o cuidado longitudinal se tornava impossível.

Apesar do cenário no Rio de Janeiro possuir uma infraestrutura superior àquela presente em Teresópolis, a inserção não foi prejudicada por isso. Pude participar de programas como o Hiperdia, não apenas em consultas, mas também em palestras para conscientização da população, o que foi de grande valia também para meu aprendizado. Além dos atendimentos habituais,

pude realizar procedimentos de curativos, cuidados com feridas, punção venosa, colpocitológico, infiltração articular, etc. Realizei também exames direcionados, como neurológico, ginecológico, urogenital, dentre outros, além de manobras semiológicas (como a manobra de Epley, Giordano, Leopold etc.). Ademais, a CSF possuía testes rápidos para algumas sorologias e consultório odontológico, o que ajudou muito no entendimento do funcionamento da ESF.

As atividades fora da unidade foram grandes desafios. Acredito que, em parte, por causa da saída da “zona de conforto”, caracterizada pela unidade de saúde, indo a caminho do desconhecido (ainda maior durante a busca ativa). Logo nas primeiras visitas domiciliares, porém, pude perceber a tamanha relevância desta modalidade de atendimento. O ambiente e o convívio domiciliar eram, sem dúvida, determinantes no processo saúde-doença e, muitas vezes, o profissional não conseguia extrair informações relevantes acerca dessas condições durante a anamnese. Por outro lado, bastava uma visita domiciliar para identificar algumas modificações básicas que poderiam atuar na profilaxia de acidentes graves. Lembro de casos excepcionais, como uma idosa com fratura de fêmur que adorava tapetes; “a casa dos gatos”, como era chamada a moradia com mais animais do bairro; ou ainda a paciente que sempre utilizava a mesma seringa para reaplicar insulina. Em outros momentos, as visitas domiciliares tinham como objetivo o acompanhamento de pacientes acamados. Nesses casos, não era apenas um trabalho

para “averiguar a cicatrização do pé diabético da dona Joanna”... Um simples “Olha quem veio te ver...” já demonstrava a satisfação desses pacientes por serem acolhidos, mesmo distantes da unidade.

Beltrana conhece Fulana, que é casado com Silvana, que é mãe de João, que é amante de Beltrana. Como toda relação humana, as interações que fazemos entre uma ou outra pessoa resultam em uma série de efeitos imprecisos e muitas vezes não intencionais.

Ao analisar o território, percebi que muitas dessas relações tinham importância crucial no processo saúde-doença, seja através da formação de elos epidemiológicos ou até gatilhos para distúrbios psicossomáticos. O fato é que as relações de poder que pude observar dentro do território estavam muito mais enraizadas na experiência no Rio de Janeiro. Apesar de algumas microáreas sofrerem uma resistência relativa à atuação da ESF em campo, no geral, os agentes comunitários e demais profissionais conseguiam fazer uma boa interação com a comunidade.

O grande problema que percebi no Rio de Janeiro foi o tamanho notavelmente maior do território e também das microáreas. Teoricamente, podíamos dividir o território em duas regiões. Uma primeira, mais próxima da clínica, formada por usuários com um melhor nível socioeconômico e que utilizavam mais os serviços da ESF; e um segundo setor, mais distante, formada por usuários com um nível socioeconômico inferior e que

pouco utilizavam os recursos prestados pela clínica. Ainda me pergunto se não seriam estes os focos principais de intervenções políticos/sociais...

As experiências que vivi em ambas as unidades de atendimento da Atenção Básica foram, sem dúvida, pertinentes para o meu desenvolvimento como profissional médico humanizado. Os vínculos que estabeleci entre os profissionais das unidades, os usuários e a comunidade foram os verdadeiros protagonistas da minha passagem nesses cenários. Todo o aprendizado que obtive nesse tempo derivou-se do vínculo com um desses três sujeitos, que me fizeram cada vez mais buscar soluções e recursos para os problemas reais da atenção básica.

# CAPÍTULO II

# IMPACTOS DA

# REALIDADE

## MEU INTERNATO NA ATENÇÃO BÁSICA

Bruno Benez

Em 2017, atuei, através do Programa de Internato de minha faculdade, em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), localizada em Teresópolis. A unidade correspondia exatamente ao modelo implementado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As UBSF são a porta de entrada preferencial do sistema de saúde no país, e seu objetivo é atender a maioria dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para outros serviços, como emergências e hospitais.

Percebi, prontamente, o caráter multidisciplinar que as unidades de saúde apresentam, uma vez que lá havia médicos, enfermeiros, agentes de saúde, bem como dentistas que compareciam esporadicamente à unidade. Foi possível observar que estes profissionais são, em sua maioria, especialistas em medicina de família e comunidade ou desejam ser em um futuro próximo.

Dada a cronologia e ciclos de estudo que recebemos na faculdade, consigo afirmar, com tranquilidade, que o internato seria o momento correto para a nossa inserção de forma mais concreta neste ambiente. No início da faculdade, durante o ciclo básico, frequentamos e acompanhamos profissionais nas UBSF, e essa passagem foi de extrema valia para nossa posterior inserção como internos.

Como internos pudemos ter, de forma mais acurada, o entendimento da dimensão do programa como um todo, suas características, peculiaridades, benefícios proporcionados à população e também seus defeitos. Tudo isso sem mencionar o imenso aprendizado relacionado à atuação médica propriamente dita, resgatando conceitos teóricos e práticos aprendidos nas aulas ou nos laboratórios de habilidades.

O que ficou muito claro para mim é que as unidades básicas de saúde, de fato, são as peças-chave do sistema de saúde como um todo. A ideia de proximidade com a população e construção de uma identidade do profissional de saúde com a comunidade em que ele está inserido é excelente, tanto para a busca individual de cada paciente por melhorias em sua qualidade de vida, como também para a adesão deste mesmo paciente a possíveis tratamentos que lhe serão necessários.

---

***Ao acolher o paciente na unidade, realizar uma anamnese completa e detalhada, bem como um exame físico de forma minuciosa e, principalmente, ouvir o paciente, observei que tais fatos agregam muito não só ao paciente como também à própria equipe de saúde. Desta forma, a equipe passa a conhecer melhor o paciente e, a partir daí, traçar medidas eficientes de auxílio, visando, não o tratamento de doenças, mas o tratamento dos doentes.***

---

Muitas das atividades realizadas nas UBSF são fundamentais para a promoção de melhoria da qualidade de vida e saúde da população. As campanhas de vacinação, as visitas



domiciliares, o levantamento de dados para pesquisas epidemiológicas, os pequenos procedimentos como troca de curativos e, principalmente, as consultas médicas são fundamentais neste processo de promoção de saúde à população.

Particularmente, as consultas médicas são de grande valia para todo o restante do sistema, pois além do tratamento de patologias básicas recebidas no local, o médico pode solicitar exames e fazer encaminhamentos (referência). Entretanto, a parte que considero ser fantástica é que cabe ao próprio médico da UBSF o acompanhamento do paciente a longo prazo, ou seja, após a realização dos exames ou da avaliação pelo especialista (contra referência). Essa simples ideia proporciona ao paciente um tratamento de longo prazo acurado e assertivo.

---

***O que pude perceber como ponto negativo nesta minha experiência foi que as unidades básicas estão cada vez mais carentes em termos de recursos materiais e profissionais. A defasagem está na infraestrutura dos locais que muitas vezes apresentam improvisos, está no déficit de medicações, no déficit de equipamentos como luvas e seringas, nos salários atrasados dos profissionais, dentre outros. O descaso é facilmente identificado por qualquer um que conheça o dia a dia das unidades. Se pararmos para pensar, isso é algo grave, levando em consideração a importância que as UBSF apresentam no cenário atual.***

---

Com isso, concluo que a experiência adquirida junto a UBSF foi extremamente importante para a minha formação profissional.

Tenho convicção de que o aprendizado adquirido será empregado por mim durante toda a minha carreira médica.

## RELATO DE DOIS ACADÊMICOS DE MEDICINA EM UMA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Carolina Rosa Dos Santos  
Eiji Matsui

Durante o nono período do curso de Medicina, os alunos da turma 88, da qual nós fazemos parte, foram inseridos nas Clínicas de Saúde da Família (CSF) da cidade do Rio de Janeiro. Na ocasião, fomos alocados em uma CSF na Ilha do Governador. O estudante Eiji Matsui passou a compor a equipe da microrregião Praia da Rosa e a estudante Carolina Rosa dos Santos a equipe da microrregião Fernando Pessoa. No geral, cada equipe era formada por um ou dois médicos, um técnico de enfermagem, um enfermeiro, seis agentes comunitários de saúde e um dentista para cada duas microrregiões. A unidade em questão era responsável pelo atendimento de mais de 20.000 pessoas e contava com farmácia, sala de radiografia, aparelho de eletrocardiograma, testes rápidos, coleta de sangue para análise laboratorial, realização de ultrassonografia (uma vez por semana), sala de curativo, sala de vacina, sala de medicação, auditório e uma academia. Além disso, havia contato com outras especialidades, em especial com a dermatologia e psiquiatria, com sessões semanais de matriciamento via Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). A intenção da instituição de ensino, ao inserir os acadêmicos nesse cenário, foi que eles conhecessem os programas

de saúde para cada faixa etária e região, a função dos profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), como se estrutura a atenção básica, assim como compreender a dinâmica da rede que ela compõe.

A vivência entre os componentes da equipe que prestavam atendimento a uma microrregião era bastante próxima. Havia reuniões semanais para troca de informações sobre os casos mais delicados e não era raro que houvessem relatos de questões que extrapolavam o campo da saúde, invadindo o território das questões sociais. Casos de agressão, violência doméstica, abandono de incapaz, violência sexual, uso de substâncias ilícitas e dependência química eram habituais e com os quais nenhum de nós estava acostumado a lidar. Durante as visitas domiciliares, as questões sociais só eram mais reforçadas. Deparávamos-nos com uma comunidade sem as mínimas condições de saneamento básico, em especial na comunidade da Praia da Rosa, onde em época de chuva toda a área ficava inundada, com lixo e dejetos por toda parte. Apesar de todas as mazelas, as pessoas sempre nos recebiam muito bem e ficavam muito felizes por nossa presença. Em uma ocasião, fomos à casa de uma senhora que ficou tão lisonjeada pela presença de um “doutor japonês” em sua residência, que pediu que a gente tirasse um retrato dela com o Eiji. Achamos o fato engraçado, mas ela explicou que nunca nenhum doutor havia ido até a casa dela e ela queria mostra isso aos filhos.

**Nossa integração junto à equipe também foi bem-sucedida. Nos horários de pausa, principalmente no almoço, trocávamos experiências, histórias e informações. Nós aprendemos mais do que puramente medicina. Houve um crescimento no tocante à humanidade e ao cuidado com o outro. Destacamos nossas preceptoras, que a cada atendimento e a cada discussão de caso, nos agregou uma prática que para nós antes era desconhecida. Finalmente, colocávamos em ação todos aqueles dados que havíamos estudado exaustivamente nos primeiros períodos da faculdade. Como a demanda era grande, havia uma complexidade de atendimentos que nunca havíamos visto. Diagnosticamos casos de doença inflamatória pélvica (DIP), Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), arritmias cardíacas, dentre outros. Além disso, aprendemos a lidar com demandas espontâneas que surgiam na comunidade. Como a unidade dispunha de certa estrutura física, até algumas questões mais emergenciais tinham seu primeiro atendimento iniciado por nós. Depois, caso necessário, solicitávamos vaga zero e esses pacientes eram direcionados para um nível de maior complexidade por uma ambulância que vinha buscá-los. Tudo isso era feito online via Sistema de Regulação (SISREG).**

---

Além de termos contato com esses quadros mais agudos, também fazíamos o acompanhamento de casos crônicos. Quase todos os dias, tínhamos nossos almoços interrompidos por uma senhora sempre sorridente, que fazia os curativos e tratamento de uma úlcera varicosa na unidade. A lesão a acompanhava por anos e, apesar dos poucos recursos, a enfermeira, acompanhada por nós, sempre a orientava e fazia de tudo para que a lesão melhorasse. Em outra ocasião, nos deparamos com uma paciente HIV positivo, que se negava a tomar a terapia antirretroviral (TARV), escondia a doença de seu atual parceiro e temia que o

tratamento “lhe entregasse”. Durante o período que ficamos lá, ela evoluiu com pneumocistose e, depois de muito diálogo, convencemos de que, além de tratar a doença oportunista, ela também deveria iniciar a TARV. Hoje, não estamos mais na unidade, mas sabemos que ambas as pacientes tiveram os cuidados continuados.

O impacto dessas experiências na nossa formação foi de valia tanto na teoria quanto na prática. Os preceptores e os casos, que para nós eram muito diferentes e que não faziam parte da nossa realidade até então, nos incitaram a estudar temas que deixávamos de lado. Enfrentávamos desafios para chegar até as unidades, acordávamos às cinco horas da manhã, eram horas de ônibus, mas sem dúvida, a experiência que tivemos no Rio de Janeiro foi muito diferente da que tivemos nas unidades aqui em Teresópolis e só veio acrescentar a tudo que já havíamos vivenciado.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA EM TERESÓPOLIS

Luiza Viza Fonseca

Vivenciei mais da metade do 9º período na Atenção Básica, onde atuei em duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) em Teresópolis, RJ, sendo uma na zona rural e outra na zona urbana. Por ser a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), as UBSF devem oferecer atividades como promoção e prevenção de saúde, planejamento familiar, vacinação, realização de curativos, administração de medicações, encaminhamento para atendimento com especialista e tem como objetivo principal atender 80% dos problemas de saúde da população. No entanto, a prática nessas duas unidades permitiu ter experiências em duas realidades completamente diferentes de um mesmo sistema de saúde e, ainda assim, ambas muito distantes do que deveria ser oferecido no atendimento primário, como regem os ideais do SUS.

Estive primeiro em uma unidade na zona rural de Teresópolis, fortemente marcada pela produção agrícola e por uma população bastante desinformada. Nesse local, quase a totalidade das consultas eram marcadas com antecedência e de caráter não emergencial. Eram atendidos pacientes das mais diversas idades, sendo abordadas diversas patologias. A grande maioria procurava o atendimento para acompanhamento de doenças crônicas como

hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, e também queixas diarreicas. Pude observar, que por se tratar de região rural, muitos pacientes ingeriam água não tratada e, assim, apresentavam de forma recorrente parasitoses como giardíase e amebíase.

Um outro ponto marcante que pude contemplar foi a presença de histórico de pacientes com intoxicação por carbamatos e organofosforados. A maioria da população trabalhava nas plantações de verduras e muitos não utilizavam equipamentos de proteção individual por não saberem de sua importância e também por não os possuírem.

Pude notar, também, observando a ficha dos pacientes, grande incidência de câncer de pele na população local. Tal fato justificava as ações frequentes que eram realizadas na unidade sobre a importância da utilização do protetor solar na prevenção dessa patologia.

Nessa unidade, por ser na zona rural e abranger locais de difícil acesso, o trabalho dos agentes comunitários era dificultado, o que prejudicava, também, suas relações com as famílias. As informações e orientações eram vinculadas de maneira mais difícil quando comparadas à UBSF da zona urbana, que relatarei em breve.

Assim, em função da menor cobrança do agente comunitário para o comparecimento nas consultas e renovação de receita, indo de porta em porta, o acompanhamento familiar



proposto pela unidade ficava prejudicado, bem como a divulgação das ações sociais que visavam à promoção de saúde.

Na UBSF da zona urbana, o cenário era um pouco mais abrangente e diversificado. As consultas eram organizadas por dia, sendo um dia para o Hiperdia, outro para pediatria, clínica médica e saúde da mulher. Nesse local, assim como na zona rural, quase a totalidade das consultas eram marcadas com antecedência e de caráter não emergencial.

A facilidade e a frequência com que os pacientes chegavam à unidade permitiam uma relação médico-paciente mais fortalecida e uma maior facilidade na divulgação de informações. Os pacientes estavam sempre presentes nas ações sociais e, conseqüentemente, havia maior prevenção e promoção de saúde de uma maneira geral.

Um ponto contraditório era a questão das visitas domiciliares. Embora alguns lugares fossem de fácil acesso por se tratar de região urbana, outros não eram bem assim. Vivenciei uma situação na qual uma paciente solicitou visita domiciliar em caráter de urgência devido a uma infecção que apresentava em seu membro amputado. A paciente era portadora de hipertensão arterial e diabetes mellitus e não tratava corretamente. Tinha realizado a amputação e recebido alta poucos dias antes. Por se tratar de uma região mais distante, o acesso foi difícil e demorado, tanto pelo fato da unidade não possuir meio de transporte que facilitasse a chegada ao local, quanto por ser em uma área de risco

de desabamento. Ao chegar na residência da paciente, a mesma encontrava-se em possível estado séptico, hipotensa, com queda do estado geral e déficit neurológico. Tentamos contatar a ambulância e não obtivemos sucesso. Foi necessário que a médica responsável buscasse seu carro na unidade para que a paciente pudesse ter acesso ao atendimento secundário.

---

***O fato anterior me permitiu concluir que, embora divergentes entre si, ambas as UBSF estão muito distantes da realidade idealizada pelos princípios do SUS. Basicamente, a equidade é quebrada quando pessoas com necessidades especiais não são tratadas de maneiras diferentes para que possam usufruir de um direito igualitário. Foi o que aconteceu no caso da UBSF da zona urbana, em que quase não foi possível chegar ao atendimento domiciliar devido às dificuldades impostas. Ao mesmo tempo, o atendimento no setor secundário só foi possível porque a médica utilizou de meios próprios para levar a paciente, fato que fere também o princípio de integralidade e funcionamento em rede. Essas feridas também atingiam a outra unidade, principalmente por esta se tratar de zona rural, como citado anteriormente.***

---

Tais experiências foram de grande valia em minha formação. Tenho convicção de que colaboraram para minha humanização médica e também permitiram que eu desenvolvesse uma visão social mais ampla do SUS e a vivenciasse na prática. Tanto na zona rural quanto na urbana, essas experiências me proporcionaram um contato importante com os pacientes nos diversos âmbitos dos cuidados médicos, fornecendo experiência e bagagem para uma formação completa.

Como grande admiradora da ideologia do SUS, tais experiências me mobilizaram a exercer cada vez mais o princípio do controle social, onde o funcionamento do serviço é melhorado através da participação popular.

# CAPÍTULO III

## RELATOS DO

### QUE VIVI

## RELATO DE EXPERIÊNCIA: VISÃO E VIVÊNCIA DE INTERNAS DO UNIFESO INSERIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Amanda Rocha de Barros  
Luana Amaral de Moura

Durante doze semanas, entre os meses de julho e setembro de 2017, vivenciamos o funcionamento da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro, cenário que fazia parte do Internato Médico Obrigatório. Nosso local de inserção foi uma Clínica da Família, localizada na Ilha do Governador. A equipe na qual fomos incluídas era responsável pela cobertura da Praia da Bandeira, sendo composta por uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e cinco agentes comunitários. Além disso, havia também um grupo de saúde bucal, formado por uma dentista e uma auxiliar odontológica. Conosco, esteve outro interno, aluno de uma outra instituição, o que colaborou para a experiência do estágio. A clínica possuía uma excelente estrutura que ia além dos consultórios médicos. Contava com auditório, sala de curativo, sala de observação, sala de vacina, consultório odontológico, farmácia, sala de raios-X e espaço de reunião. Percebemos, ao longo do tempo, que essa conformação efetivamente colaborava para o funcionamento da unidade.

No início da inserção, fomos apresentadas ao funcionamento da unidade, com exposição dos diversos cenários

de atuação da clínica. Para explorar esses diferentes contextos, fomos submetidas por aproximadamente uma semana à vivência dos mesmos, de modo a entender a estrutura do atendimento à população desde os processos iniciais. No acolhimento, presenciamos o agendamento dos atendimentos e como eram feitos os encaixes, o que levava em conta o grau de urgência que o paciente apresentava. Na sala de vacina, foi possível perceber o funcionamento e a aplicabilidade do calendário vacinal, bem como a demanda da população pela imunização contra a febre amarela. Nas salas de observação e de curativo, tivemos maior contato com os pacientes, o que permitiu a realização de procedimentos como curativos, remoção de sutura, aferição de pressão arterial em paciente com crise hipertensiva e avaliação de crise de asma, entre outros.

---

***Um aspecto importante na área de cobertura da Praia da Bandeira era a diferença socioeconômica apresentada pela população, que a diferenciava das demais equipes. A área que a equipe abrangia era composta majoritariamente por idosos com uma melhor condição financeira (classe média). Isso destoava dos outros grupos, pois, muitas vezes, os moradores estavam procurando o Serviço Único de Saúde (SUS) pela primeira vez, devido ao fato de terem perdido o plano de saúde recentemente em consequência da crise financeira. Esse perfil econômico relativamente elevado permitia o uso de medicações não ofertadas pelo SUS, porque a população conseguia custear o tratamento.***

---

Como a população era, em geral, composta por indivíduos mais idosos, os agravos à saúde apresentados eram constituídos,

frequentemente, por doenças da senilidade, com predomínio de doenças crônicas como hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, diabetes, artrose e Alzheimer. Pelo maior contato com essas enfermidades, tivemos uma maior experiência com a aplicação clínica de medicações da classe dos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e insulina.

Pelo perfil populacional pouco variável, fomos, em certas situações, realocadas para outra equipe, com o intuito de ter um maior contato com a população feminina jovem, pois sentimos a necessidade de mais experiência com a Saúde da Mulher. Isso nos permitiu realizar coleta de preventivo, exame de mama, aconselhamento contraceptivo e, até mesmo, consultas médicas em geral. Participamos nas consultas de pré-natal e auxiliamos na inserção de dispositivos intrauterinos, proporcionando aprendizado e prática nessa área da medicina.

O atendimento médico era feito de modo supervisionado pela médica da equipe, dando certa autonomia durante a anamnese, exame físico e conduta. A consulta era revezada entre os internos, devido à ausência de um consultório para cada estudante atender isoladamente. Os atendimentos tinham grande foco na escuta do paciente e no acompanhamento integral do indivíduo. Por muitas vezes, percebemos a importância do contexto familiar na saúde e a necessidade de atenção contínua para a vida da população. Na clínica, também tivemos a oportunidade de realizar pequenos procedimentos, como remoção de cisto sebáceo,

infiltração articular, cantoplastia e lavagem auricular, entre outros, o que nos agregou habilidades médicas.

De maneira geral, o período em que estivemos inseridas nessa clínica foi de grande valia para a nossa formação. Aprendemos, como indivíduos e futuras médicas, sobre a importância da Atenção Básica para a população. Foi possível perceber a necessidade de uma equipe realmente preocupada com o bem-estar dos pacientes, estabelecendo vínculo com os mesmos e, muitas vezes, interferindo em fatores que não são clínicos, mas que influenciam diretamente na saúde deles. Muito além dos princípios de prevenção ou promoção em saúde, estivemos inseridas em uma estratégia que visava o cuidado ao indivíduo, de forma integral e social, o que culminou em um aprendizado que transpõe a teoria e nos faz mais aptas para a prática.



## RELATO DE EXPERIÊNCIA DO INTERNATO EM UMA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO-RJ

Ana Luísa Moreira

Durante o período de julho a setembro de 2017, realizei meu internato obrigatório em Atenção Básica em uma Clínica da Família no município do Rio de Janeiro. A clínica se localizava no Cocotá, Ilha do Governador, e era composta por oito equipes de Saúde da Família. Fiz parte de uma dessas equipes, que era composta por uma médica de Família e Comunidade, dois residentes em Medicina de Família e Comunidade, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, uma dentista, uma técnica de saúde bucal, cinco agentes comunitários, outra interna da Unifeso e um interno de outra instituição.

A clínica tinha uma estrutura física muito boa e seguia o padrão das Clínicas da Família construídas durante a ampliação da cobertura de atenção básica no município do Rio de Janeiro. Além dos consultórios para as equipes (média de dois para cada), a clínica possuía dois auditórios, uma sala de vacinação, uma de curativos, uma de odontologia, uma de observação, uma de raios X (que não estava funcionando no período do meu estágio), bem como uma sala com computadores para trabalho dos agentes comunitários e uma farmácia para distribuição de medicamentos.

Na primeira semana, todos os internos foram ambientados à clínica, conhecendo os diversos espaços, o perfil da população adscrita e como usar o prontuário eletrônico. A partir de então, fomos divididos em equipes e direcionados para o trabalho em cada uma delas. A maior parte da carga horária era composta por atendimento, sendo que, na maioria das vezes, fiquei com uma das médicas residentes acompanhando suas consultas ou atendendo sob sua supervisão. Esse atendimento era em conjunto com os demais internos sob supervisão da médica da equipe.

A população atendida pela equipe tinha uma faixa etária diversa, predominantemente jovem e de baixa renda. Pude participar de muitas consultas de pré-natal, puericultura, coleta de preventivo, doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica, diabetes e insuficiência renal crônica, assim como queixas agudas como faringoamigdalite, otite, vertigem posicional paroxística benigna, crise de asma e atendimentos em saúde mental, principalmente depressão, ansiedade e esquizofrenia. Como a unidade dispunha de teste rápido para HIV, hepatite B e C e sífilis, pude presenciar diagnósticos e condutas para essas doenças.

A realização de exames laboratoriais, ultrassonografia, eletrocardiograma e, principalmente, a capacidade técnica dos profissionais que eram especialistas em Medicina de Família e Comunidade possibilitavam uma grande resolutividade dos atendimentos, experiência que eu não tinha vivenciado nos demais locais de atendimento básico. As consultas eram sempre pautadas

em decisões compartilhadas, levando em consideração a escolha e a história do indivíduo, e as condutas médicas regidas pela Medicina Baseada em Evidências.

---

***As sextas-feiras pela manhã, eu, a médica residente e um agente comunitário realizávamos visitas domiciliares aos pacientes acamados que não podiam se deslocar até à clínica. Essa atividade foi muito importante para vivenciar, na prática, o conceito de equidade do SUS, para entender a dinâmica e particularidades daquela comunidade e compreender como o local de moradia pode influenciar no processo saúde-doença. Um atendimento que me marcou muito foi o da paciente que estava em cuidados paliativos devido a um câncer de esôfago. Ao visitá-la, semanalmente, aprendi um pouco sobre os cuidados do fim de vida e sobre os aspectos biopsicossociais desse momento, não só do paciente, mas de todo o núcleo familiar.***

---

Como a clínica trabalhava com acesso avançado, presenciei alguns atendimentos de urgência e emergência que eram iniciados na clínica e depois transferidos, ou então solucionados na sala de observação. Confesso que, inicialmente, estranhei esse tipo de atendimento em uma Estratégia de Saúde da Família e tinha receio de a clínica servir como Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Porém, ao acompanhar os atendimentos de crise asmática, descompensação da insuficiência cardíaca e crise hipertensiva, observei que as condutas se tornaram mais acertadas e individualizadas, uma vez que o profissional já conhecia o histórico do paciente. Outra vantagem era que o paciente poderia passar por uma consulta com a mesma equipe

que o atendeu, para reavaliar o tratamento que estava sendo feito previamente à descompensação.

A clínica oferecia vários outros serviços que eu não pude conhecer, como o curso de interpretação de eletrocardiograma, exérese de lipoma, cantoplastia, lavagem otológica, grupo de tabagismo, matriciamento em psiquiatria e dermatologia e atividade física da academia carioca. Entretanto, tive a oportunidade de conhecer procedimentos que nunca tinha visto na faculdade como a colocação de DIU, auriculoterapia e tratamento de verrugas genitais causadas pelo HPV.

---

***Nas últimas semanas do rotatório, infelizmente, houve indícios de que profissionais da Atenção Básica do município seriam demitidos e equipes realocadas, ou até mesmo desfeitas, e a farmácia deixou de receber muitos medicamentos, o que prejudicou a população. Embora tenha sido um momento de instabilidade, vivenciei uma das maiores experiências no internato ao ir a uma assembleia com a comunidade para expor as repercussões do desmonte da atenção básica. Deparei-me com uma população que estava muito carente de referência em saúde antes da construção da clínica, e que, pela primeira vez, estava tendo um atendimento integral e longitudinal. Os relatos dos usuários da clínica e a integração entre equipe de saúde e comunidade me fizeram perceber o quanto são necessários investimentos para uma atenção primária à saúde forte e resolutiva.***

---

## RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Fernando Pereira Silva

Começo o presente trabalho de relato de experiência no ambiente de saúde da família, descrevendo, em palavras, o quanto é importante a inserção do aluno de Medicina no contato direto com os pacientes que necessitam dos cuidados das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Iniciei meu contato direto no ambiente das UBSF já no primeiro período do curso acompanhando os atendimentos realizados pelos internos, o que foi de grande valia para, no dia de hoje, ter uma visão crítica da grande evolução e melhora das alterações biopsicossocioambientais das famílias cadastradas no Sistema Único de Saúde (SUS).

O trabalho foi realizado no período de um mês, através do acompanhamento de uma família que reside em Teresópolis, sendo realizadas visitas domiciliares com o intuito de levantar as reais necessidades e possíveis intervenções. A família escolhida era composta por dois usuários: M.L.O., 67 anos, hipertensa e diabética de longa data; e sua filha e também cuidadora C.L.O., 41 anos, hipertensa em tratamento controlado. Neste ambiente familiar, descrevo, primeiramente, o caso clínico da senhora M.L.O., em pós-cirúrgico de fratura de colo de fêmur, acamada, em mal estado geral, torporosa, apresentando, durante a visita domiciliar, sinais flogísticos da ferida operatória, alterações sistêmicas de desidratação, febre, taquicardia, taquipneia, anasarca, glicemia

capilar de 450 mg/dl, anúria há dois dias e pressão arterial de 160 x 100mmHg, denotando um quadro de síndrome da resposta inflamatória sistêmica com foco de infecção, portanto, um quadro séptico. Observei, também, uma grande alteração psicossocial da paciente, demonstrando descontentamento com sua atual morbidade, o que influenciava diretamente no seu estado psicológico, bem como no convívio social.

Diante do quadro apresentado pela senhora M.L.O., sua filha, e também cuidadora, evoluiu com alterações psicológicas, comprometendo sua qualidade de vida e funcionalidade de suas atividades laborais. A filha relatou que se sentia entristecida e com humor bastante deprimido, em um estado hipobúlico, necessitando de acompanhamento do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

No projeto de intervenção elaborado pela equipe multidisciplinar da unidade, composta pelo interno de medicina Fernando P. Silva, supervisionado pela médica e com auxílio da equipe de enfermagem e do agente de saúde, traçamos as seguintes condutas: no domicílio, aplicação de 20 unidades de insulina subcutânea para controle do quadro de hiperglicemia e prescrição de Losartana 50 mg uma vez ao dia pela manhã para controle pressórico. Após essas intervenções, orientei os familiares quanto à gravidade do quadro clínico apresentado pela paciente e comuniquei que seria encaminhado um pedido de vaga zero para uma nova internação hospitalar, tendo em vista que a paciente

apresentava-se em mal estado geral, com desidratação avançada e comprometimento do nível de consciência.

Na abordagem das alterações psicológicas apresentadas pela paciente C.L.O., a mesma foi direcionada para o NASF para acompanhamento minucioso com equipe psiquiátrica e psicológica, em função da grande importância de sua melhora para prestar assistência à mãe que tanto necessitava do seu auxílio.

---

***É importante citar, também, no presente trabalho, que a família necessitava de uma assistência mais vigorosa, aprimorando as visitas domiciliares e o acompanhamento da evolução dos quadros apresentados pela mesma. No atual modelo de assistência direcionado pela Estratégia de Saúde da Família, tínhamos a possibilidade de direcionar um cuidado continuado a essa família, que tanto necessitava do auxílio da equipe multidisciplinar. Nesse modelo atual de atenção básica, a equipe estava disponível a todo o momento.***

---

No modelo de Estratégia Saúde da Família, destacamos que a família é objeto de estudo no próprio ambiente onde vive, ampliando a visão da equipe quantos aos cuidados. A família não necessita ir à unidade para receber assistência, o que é de grande valia, tendo em vista que alguns pacientes encontram-se impossibilitados de se deslocarem até os locais de atendimento. Outro ponto muito importante a ser destacado é a atenção para a promoção à saúde e o uso eficaz da medicina preventiva, e não somente da medicina curativa.

Concluo a breve narrativa, dissertando o impacto positivo da experiência vivida por mim e por meus colegas na UBSF, visto que permitiu vivenciarmos como devem ser realizados os cuidados aos pacientes, sendo de grande valia para minha formação acadêmica.



## EXPERIÊNCIA EDUCACIONAL VIVIDA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Gabriel Jeangregório Martins Guimarães

As atividades ocorreram em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), localizada em Teresópolis, RJ. Os atendimentos foram realizados diariamente pelos acadêmicos internos de Medicina, em conjunto com o médico responsável, nas grandes áreas de Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, com enfoque no pré-natal de baixo risco, e Pediatria, além de acompanhamento de pacientes do grupo de hipertensão e diabetes, que compareciam às consultas regulares na unidade para avaliação clínica e medicamentosa.

Visitas domiciliares foram realizadas às quartas-feiras, com o objetivo primário de atender aos pacientes incapacitados de se locomoverem até a unidade do bairro por diversos motivos, como deficiência física com dificuldade de deambulação e paciente restrito ao leito, acamado.

Foram realizados anamnese e exame físico por meio de consulta médica, a partir da qual foi avaliada a escala de risco familiar de Coelho Savassi, com o intuito de identificar o escore de risco da família.

O caso em questão se refere ao paciente R.C.S., de 63 anos de idade, sexo masculino, residente sozinho em Teresópolis, natural de Petrópolis/RJ, aposentado e analfabeto.

Em relação à história patológica pregressa, o paciente relatou colecistectomia videolaparoscópica há aproximadamente dez anos; hipertenso e diabético de longa data em uso irregular de medicação (hidroclorotiazida 25 mg uma vez ao dia, captopril 25 mg duas vezes ao dia, AAS 100 mg uma vez ao dia, metformina 850 mg três vezes ao dia, glibenclamida 5 mg três vezes ao dia); acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico há seis anos, o que gerou hemiplegia à direita; nega alergias e outras comorbidades. Na história da doença atual, relatou parestesia em membro inferior esquerdo, rachaduras no calcâneo e rarefação da pilificação na extremidade do membro. Tais alterações evoluíram em 15 dias. O exame de sangue recente mostrou glicemia de jejum de 196 mg/dl e hemoglobina glicada em 9%. O restante dos resultados não apresentou alterações.

Ao exame físico, R.C.S. encontrava-se lúcido, orientado no tempo e no espaço, eupneico, afebril, corado, hidratado e anictérico. Em relação ao aparelho cardiovascular, observou-se ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros ou extrassístoles, frequência cardíaca de 72 batimentos por minuto, pressão arterial de 130 x 80 mmHg. Em relação ao aparelho respiratório, foi observado murmúrio vesicular universalmente audível em ambos os hemitóraces, sem ruídos adventícios, expansibilidade torácica normal e frequência respiratória de 18 incursões por minuto. O abdômen apresentava-se sem alterações. Nos membros inferiores, obsevou-se rarefação

da pilificação na extremidade da perna esquerda e dificuldade na diferenciação da sensibilidade ao toque de objeto quente e frio no membro (exame prejudicado pela falta de monofilamentos). A pulsação estava presente em ambos os membros.

Em relação à Escala de Coelho, foram obtidos nove pontos, o que classificou como risco máximo familiar. A pontuação obtida foi referente a: três pontos para paciente em baixas condições de saneamento (ingestão de água não tratada e uso de fossa séptica); três pontos para deficiência física; um ponto para analfabetismo; um ponto para hipertensão; um ponto para diabetes.

Por se tratar de um risco familiar máximo, intervenções foram propostas no intuito de melhorar a qualidade de vida do paciente em questão, com solicitação de fisioterapia devido à seqüela de AVC, mudança do esquema terapêutico para diabetes, com introdução de insulinoterapia e instrução para a técnica correta de aplicação e armazenamento da insulina; orientações sobre calçado e higiene com o pé; solicitação de fornecimento do glicosímetro; encaminhamento para o serviço de oftalmologia, visto que o paciente nunca havia feito exame de fundo de olho, e para o serviço de endocrinologia para avaliação mais apurada da neuropatia diabética, haja vista as limitações da unidade. Também foram realizadas orientações acerca da alimentação para início de dieta, sendo sugerido o encaminhamento para o serviço de nutrição. Além disso, foi realizada uma longa conversa sobre a

importância e benefícios da utilização correta da medicação, com o paciente se prontificando a cumprir com todos os horários.

---

**O Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Básica, atribui, como funções do médico, encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando os fluxos locais e mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico. Além disso, atribui as seguintes funções a todos os profissionais de saúde ligados à atenção básica: garantir a atenção à saúde, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; garantir o atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde; participar do acolhimento aos usuários, realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde e a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificando as necessidades de intervenções de cuidado, a fim de proporcionar um atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo; praticar o cuidado familiar e o dirigido à coletividades e grupos sociais, visando a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade; realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações.**

---

Diante das disposições acima, podemos concluir que a atenção básica serve como porta de entrada para a população brasileira, e deve atuar por meio de um conjunto de ações de saúde, que visem à promoção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução dos danos e manutenção da

saúde de maneira integral, impactando na situação de saúde como um todo.

Assim, a identificação de um risco familiar por meio da Escala de Coelho, com pontuações acima de nove pontos, necessita de intervenções que sejam capazes de promover a saúde do paciente, evitando demais comorbidades e desfechos negativos. A atuação multidisciplinar faz-se necessária para uma melhor abordagem integral no cuidado do paciente que foi apresentado.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Gleycielle Cardoso Dias

Durante o nono período do curso de Medicina, permaneci, a maior parte do tempo, no cenário de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) da cidade de Teresópolis, RJ. Foram 18 semanas no total, que permitiram vivenciar a realidade daquela unidade e entender a real importância do serviço na vida da população. Fui supervisionada pela médica junto com toda sua equipe (agentes de saúde, enfermeiras e secretária), que realizavam atendimentos pré-agendados com a estratégia de inserir aquelas famílias em um plano de cuidado e, desse modo, prestar a melhor assistência à comunidade local.

Foram inúmeras as experiências adquiridas nesse período. Em um primeiro momento, ao realizar os atendimentos, pude perceber as principais patologias que são abordadas nas consultas, como diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), entender o correto manejo na prática e, além disso, visualizar a real importância da Estratégia Saúde da Família (ESF) na condução dessas doenças crônicas, a fim de prevenir futuras emergências.

Tive a oportunidade de participar e, até mesmo contribuir, com uma campanha de incentivo à amamentação destinada às gestantes, da campanha de vacinação contra o HPV, assim como assistir a uma reunião de um grupo de combate ao tabagismo.

Dentre todas essas experiências, irei citar uma visita domiciliar como algo muito significativo e enriquecedor. Em uma delas, que eram realizadas uma vez por semana, avaliamos uma paciente idosa, acamada e com uma úlcera infectada em membro inferior. Devido à idade avançada e a dificuldade de mobilização, ela tinha certa dificuldade em comparecer às consultas na unidade. Durante a visita, encontramos a paciente com queda do estado geral, hipotensa e sonolenta. Solicitamos que a médica fosse ao nosso encontro para avaliar a situação, pois tínhamos estar evoluindo para um choque séptico. Essa paciente foi, então, conduzida ao serviço de pronto atendimento para receber o adequado suporte.

---

***Essa situação foi muito marcante, pois mostrou a importância da integralidade que o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da ESF, se propõe a exercer. Além de ser porta de entrada para diversos pacientes, é preciso saber reconhecer situações que mereçam mais atenção e demandam um maior empenho e diligência. Esse dia mostrou o significado que uma visita domiciliar pode ter, sendo capaz de mudar o prognóstico de um paciente.***

---

Diante de tudo isso, fica a reflexão do papel da UBSF na nossa sociedade, que além de promover a saúde, tem papel de prevenção, diagnóstico, tratamento e redução de danos. Sem dúvidas, vivenciar tudo isso foi de suma importância na minha formação e aprendizado, pois pude aplicar os conhecimentos estudados em um cenário específico, além de contribuir e aprender.

# MINHA VIVÊNCIA E APRENDIZADO COMO INTERNA NOS CENÁRIOS DE ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO E EM TERESÓPOLIS

Fernanda Pereira Barbosa

As Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) são um importante cenário dentro da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), que envolve tanto as consultas na própria unidade quanto as visitas domiciliares (VD) para pacientes com grandes dificuldades de locomoção, em situação de saúde mais grave e também para um acompanhamento mais regular de alguns pacientes com doenças crônicas. As UBSF abrangem parte ou todo o bairro no qual está alocada, variando de acordo com o número de pacientes vinculados à unidade. A VD é realizada constantemente pelo agente comunitário, que deve ser morador da região, e pelo médico responsável, ao menos uma vez por semana. As minhas experiências nesse meio ocorreram em dois principais locais: uma Clínica de Saúde de Família (CSF) no Rio de Janeiro e uma UBSF em Teresópolis.

Durante o Internato Médico, o meu primeiro contato com a Atenção Básica foi na CSF, na cidade do Rio de Janeiro, que abrangia a maior parte da comunidade do Morro do Dendê. Me lembro que, ao chegar no local, fiquei admirada com o tamanho e a estrutura do cenário, já que outros pelos quais passei eram bem



precários e com o espaço bastante limitado. Fomos recebidos pelos preceptores que nos dividiram entre eles e nos explicaram todo o funcionamento da rede e quais regiões do bairro a clínica abrangia. A partir daí, começamos os atendimentos, inicialmente ao lado dos preceptores e depois sozinhos ou em dupla para, então, passar o caso para o médico responsável. As visitas domiciliares ocorriam pelo menos uma vez por semana, onde íamos até a casa do paciente acompanhados do médico e do agente comunitário. Chegando no local, nos era permitido conversar com o paciente e seus familiares e realizar o exame físico. A maior parte dos pacientes vivia em condições precárias de moradia e higiene. Casas pequenas, vivendo um grande número de pessoas e quase todas elas com animais de estimação (gato, cachorro, galinhas). O que me chamou a atenção, e que gostei muito nessa clínica, foi a grande quantidade de profissionais de saúde (vários médicos, enfermeiros, psicólogos), o que facilitava e organizava o fluxo de atendimento, já que cada grupo de profissionais ficava responsável por uma parte da comunidade.

Já na unidade em Teresópolis, a sistematização era bastante diferente. A equipe era composta por apenas um médico, um enfermeiro e três ou quatro agentes comunitárias. A unidade é pequena, com poucos recursos e abrangia uma área bem menor. O atendimento também era feito pelos internos, que após as consultas relatavam o caso para a médica responsável que discutia conosco as condutas para cada paciente. As visitas domiciliares

também eram feitas ao menos uma vez por semana, junto com a médica e a agente comunitária. As condições de moradia e higiene também eram bastante semelhantes às aquelas vivenciadas por mim no cenário do Rio de Janeiro. Muitas famílias moravam em locais de alto risco de desabamento em época de chuva. Lembro-me, também, de uma família em que havia uma criança portadora de deficiência física e cognitiva e a família estava já há meses aguardando os medicamentos da Prefeitura. A avó da criança desabafou sobre a dificuldade financeira por qual passava e que não tinha nenhuma condição de comprar tais medicamentos. A criança vinha piorando de alguns sintomas nos últimos dias. Tentamos, de alguma maneira, contatar a Prefeitura sobre tal assunto, mas não obtivemos sucesso, visto que a parte financeira da Rede SUS fugia muito do nosso alcance.

Enfim, diante desses dois cenários, o que mais me agradou foi a possibilidade de um acompanhamento contínuo dos pacientes, podendo conhecer toda história de vida deles e ver suas evoluções, o que contrastava intensamente com os cenários de Urgência e Emergência. Percebi também a grande diferença de recursos e estruturas entre as duas cidades e as populações abrangidas, que dependem muito do cenário político de cada local.

---

***Diante desse breve relato, posso concluir que a minha trajetória nesse cenário foi de grande e valioso aprendizado, visto que pude conviver mais de perto com cada paciente, conhecendo-os melhor e tentando ajudá-los da melhor forma possível diante de suas necessidades. Percebi que a inserção dos alunos nas***

**áreas de Atenção Básica é de extrema importância para que possamos aprender a trabalhar com os recursos disponíveis, aprender a construir verdadeiramente a relação médico paciente, adentrando suas vidas e seus lares, sempre de maneira respeitosa e com um olhar médico, mas também humanizado para as condições e necessidades de cada um.**

---

## RELATO DE EXPERIÊNCIA NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA POR INTERNOS DO 9º PERÍODO DO UNIFESO

Hugo José de Carvalho Garcia dos Santos  
Angélica Dalva de Faria Gomes Neta

No segundo semestre de 2017, iniciávamos o rotatório da Atenção Primária em Saúde na Clínica de Saúde da Família (CSF), na Ilha do Governador, Rio de Janeiro. Essa clínica foi inaugurada em 18 de maio de 2011, sendo composta por cinco equipes de Saúde da Família e duas equipes de Saúde Bucal. A clínica beneficiava cerca de 20.000 moradores da região da Praia do Rosa e Moneró. Contava com uma academia carioca, equipada com dez aparelhos para o fortalecimento da capacidade muscular e aeróbica dos pacientes, seis consultórios, aparelhos de ultrassonografia, eletrocardiograma e radiografia, observação clínica com três leitos, salas de procedimento, curativo, imunização, coleta, saúde bucal e farmácia. Contávamos, também, com três médicas preceptoras do Unifeso.

Éramos oito internos e fomos divididos entre as equipes da CSF e fomos destinados a uma delas. Essa equipe contava com os residentes de Medicina de Família e Comunidade, uma médica preceptora, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, agentes comunitárias e equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

(NASF). Essa equipe atendia a área mais populosa e vulnerável abrangida pela clínica.

Saíamos de Teresópolis às seis horas da manhã em ônibus fornecido pela faculdade com 24 internos e uma enfermeira preceptora. Os internos eram divididos em três CSF na Ilha do Governador. Chegávamos, aproximadamente, às nove horas da manhã e às terças e sextas-feiras atendíamos nos consultórios, supervisionados pela médica preceptora e/ou residentes. Os consultórios eram organizados por livre demanda e extremamente generalistas, pois eram realizados puericultura, pré-natal, pediatria, hebiatria e assistência à saúde da mulher, do homem e do idoso. Cada consulta era um novo desafio devido ao amplo espectro de patologias e condutas individualizadas.

Um caso que nos marcou bastante foi de uma paciente com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Ela se apresentou, no dia da consulta, com sua irmã. Sua postura era desconfiada e agressiva. Estava muito emagrecida e com diversas queixas, como taquidispneia, emagrecimento acentuado, tosse crônica, condiloma acuminado em região vulvar e palpitações. Entretanto, sua principal queixa era o descaso com a assistência médica em Pronto-Atendimentos. Descobrimos, pela anamnese, que a paciente era usuária de drogas injetáveis, etilista e compartilhava um relacionamento abusivo e sorodiscordante, em que o companheiro não sabia sobre a infecção pelo vírus HIV da paciente. Tínhamos duas principais hipóteses diagnósticas para essa

paciente: tuberculose pulmonar e pneumocistose. Para isso, foi necessário estabelecer um vínculo de confiança com a paciente e sua irmã, que só foi possível por estarmos no ambiente da Atenção Primária, o qual nos proporcionou as ferramentas necessárias: tempo, aparato diagnóstico, *round* com os preceptores e residentes e rápido retorno com a mesma equipe que a acolheu para reavaliá-la.

Às quartas-feiras, era realizada uma sessão clínica com todo o corpo médico para discussão dos casos da semana anterior. Líamos artigos enviados antecipadamente pelas preceptoras e também no momento da sessão para alicerçar o conhecimento. Ao término, éramos encaminhados para a sala de procedimento e imunização. Realizávamos inúmeros testes rápidos, aplicações de medicação/vacina, retirada de pontos e curativos. No período da tarde, tinha a reunião de equipe, onde eram definidas estratégias, como planejamento de visitas domiciliares (VD), forma de condução em casos de falecimento de usuários, gravidez, egressos e ingressos de novos moradores e a dinâmica da equipe.

---

***Às quintas-feiras eram feitas VD para conhecermos a realidade de nossos usuários e a propedêutica e condutas prestadas por nossos preceptores e residentes. Como já foi dito, nossos usuários eram os mais vulneráveis, com moradias insalubres e de situação de risco. Além disso, havia forte influência do tráfico de drogas, com proibições ocasionais da ida da equipe às VD. Essas visitas traçavam o perfil epidemiológico dos pacientes e conduziam nossas condutas de acordo com a realidade individual da população. Em outros momentos,***

***pudemos ir em escolas da rede pública que estavam na nossa área; fizemos intervenções com professores e alunos e divulgamos informações e campanhas sobre distúrbios oftalmológicos na infância que podem prejudicar o crescimento intelectual e acadêmico dessas crianças e adolescentes.***

---

Ao longo do cenário, percebemos a importância da especialidade da Medicina de Família e Comunidade para melhor atendimento e resolutividade das principais queixas apresentadas na atenção primária. Esse cenário também contribuiu para termos conhecimento de conteúdos não discutidos durante a graduação, através de práticas integrativas de acupuntura e auriculoterapia.

Como a principal porta de entrada do paciente ao SUS é a Atenção Básica, esse internato foi importante para entender como funciona a inserção do usuário e o fluxo de referência/contrarreferência do sistema. Nós também pudemos perceber que uma atenção primária de qualidade é o pilar do SUS e contribui para um melhor desfecho da saúde dos pacientes.

## MINHA EXPERIÊNCIA COMO INTERNO DE MEDICINA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM TERESÓPOLIS E NO RIO DE JANEIRO

Fabio Ferreira Bustamante

O início das atividades do internato se deu no segundo semestre do ano de 2017, quando nossa turma chegou ao 9º período. Todavia, o contato com a atenção primária remete aos quatro primeiros períodos do curso de Medicina, entre o segundo semestre de 2013 e o primeiro semestre de 2015, quando estivemos em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), sendo essa a primeira experiência que tive dentro do cenário de atenção primária.

Com o aprendizado obtido nos anos iniciais da faculdade, cheguei ao internato com uma boa noção sobre as principais atribuições dos profissionais da atenção primária – surgia a oportunidade de consolidar o conhecimento e novamente estar inserido na saúde pública. Fui designado para iniciar o internato em uma UBSF de Teresópolis, porta de entrada no sistema de saúde para a população de um bairro carente de diversos serviços públicos, sobretudo daqueles relacionados ao saneamento básico. Entre as ações desenvolvidas pela unidade, destacavam-se o programa Hiperdia, que promovia o tratamento da hipertensão e do diabetes, condições altamente prevalentes naquele local; o acompanhamento pré-natal, tão importante para que a gestação



e o parto sejam bem sucedidos; o atendimento pediátrico, que tem grande impacto tanto na infância quanto nas fases posteriores; e também ações que incentivavam a maior proximidade da unidade de saúde com a população, como apresentações interativas em escolas de ensino básico e visitas domiciliares.

---

***Poder atender aos pacientes com supervisão das preceptoras foi uma experiência crucial para a minha formação como médico. Atendemos crianças, adultos e idosos, o que permitiu que eu me aprofundasse na compreensão das necessidades em saúde de acordo com cada faixa etária. Algo que me chamou a atenção durante o tempo em que estive na unidade foi a importância das visitas domiciliares, visto que muitos pacientes possuíam limitações em seu estado de saúde, que impediam sua ida à unidade. A presença da equipe da UBSF nas residências gerava um vínculo significativo entre profissionais e moradores, e ajudava a fortalecer a participação dos pacientes em seus planos de cuidado.***

---

Outra situação que me marcou nessa fase do internato foi o grande número de casos de parasitoses em crianças, reflexo direto dos problemas na implantação dos serviços de saneamento básico, ainda precários na área atendida pela unidade de saúde.

Junto com os colegas de turma e demais integrantes da equipe de saúde, tive a oportunidade de participar de uma atividade lúdica que tinha como objetivo a conscientização sobre dengue e outras arboviroses, tendo como público-alvo os alunos de uma escola municipal de educação infantil. Pude perceber que as ações educativas estavam entre as atribuições mais importantes

da equipe de saúde da família, que deve ser referência de cuidado e ensinamento.

Na cidade do Rio de Janeiro, fiz o meu internato em uma Clínica de Saúde da Família (CSF), localizada na Ilha do Governador. Além de oferecer atendimento, a clínica também era ponto de referência e convivência de moradores das localidades próximas. Devido ao grande número de consultas, considero que foi uma experiência clínica exuberante. Destaco também as ações de conscientização promovidas pela clínica das quais participei – Outubro Rosa e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Tais ações, que aproximaram a população da unidade, puderam influenciar significativamente na melhora dos indicadores de saúde pública, em minha opinião.

Realizei uma palestra e roda de conversa sobre métodos de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis em uma escola de ensino médio. Foi uma excelente oportunidade de usar o aprendizado acadêmico como instrumento de informação para a população.

---

***Durante as visitas domiciliares na Ilha do Governador, tive contato com diferentes realidades dentro de uma mesma área geográfica. Vi como um ambiente familiar disfuncional é determinante na deterioração das condições de saúde física e mental de cada indivíduo. Presenciei condições precárias e praticamente inexistentes de saneamento básico e moradia, que também são fatores de piora na saúde. Nos deparamos com a falta de medicamentos e atraso de salários dos funcionários da clínica, fato que levou à diminuição temporária***

**da capacidade de atendimento, com conseqüente prejuízo no bem-estar dos integrantes da equipe de saúde e da população atendida.**

---

A minha atuação como interno na atenção básica em Teresópolis e no Rio de Janeiro foi muito além de um cenário de aprendizado acadêmico, mas também uma experiência de vida inigualável e inesquecível. A saúde não depende apenas de fatores técnicos, mas também de fatores ambientais, familiares e sociais, que propiciem o bem-estar de cada pessoa. Quando algum desses fatores entra em desequilíbrio, temos o desgaste físico e psicológico.

Deixo uma sugestão para quem está iniciando na atenção primária: aproveite cada consulta além de seu aspecto técnico; veja o paciente como um ser humano em toda a sua complexidade; analise os determinantes de saúde que levaram ao quadro atual e o que pode ser feito para corrigir ou minimizar as condições deletérias. Essa visão integral do paciente é essencial em nossa formação e será importante e imprescindível em qualquer especialidade médica.

## EXPERIÊNCIAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Lucas Vargas Fabbri

Durante o internato no 9º período, estive inserido na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) localizada no município de Teresópolis, RJ. Essa unidade abrangia uma área com população carente de infraestrutura e com problemas relacionados à violência e tráfico de drogas. Era uma unidade de atendimento à saúde composta por uma equipe multiprofissional, com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A UBSF encontrava-se apta à realização de consultas médicas, exames, visitas domiciliares, aplicação de vacinas, encaminhamento para especialidades e fornecimento de medicações.

---

***Com relação à Estratégia de Saúde da Família (ESF), esse modelo tem como pressuposto a avaliação multiprofissional e continuada de uma determinada área, abrangendo os aspectos sociais e biológicos no processo saúde-doença. A ESF tem como meta a prevenção e a promoção de saúde, a partir da educação da população. Além disso, o vínculo entre a população e os profissionais da unidade favorece o tratamento de agravos de saúde.***

---

Durante meu internato na Atenção Básica, pude observar que a unidade tem um espaço bem estruturado com dois consultórios médicos e um consultório para atendimento da enfermagem, além de sala de procedimentos, espaço para cozinha

e sala de espera dos pacientes. Apesar da boa infraestrutura, pude observar em diversas ocasiões a falta de medicamentos de uso contínuo e a falta de vacinas para a população, o que prejudicava muito a evolução do tratamento dos pacientes e o acompanhamento vacinal, principalmente na população pediátrica.

Na ocasião, o município estava vivenciando uma crise política e financeira. A relação entre a equipe multiprofissional era muito boa, de forma que cada um na sua função fizesse com que o atendimento do paciente se tornasse integral, objetivando a relação biopsicossocial. A minha observação em relação às consultas médicas, era que o médico dispunha do equipamento mínimo necessário para o manejo do pré-natal de pacientes grávidas de baixo risco, como material para exame especular e sonar *doppler* obstétrico.

Durante uma visita domiciliar, eu acompanhei a agente comunitária até a residência de uma paciente que não estava com o controle adequado da pressão arterial, apesar da prescrição medicamentosa otimizada. Durante o trajeto, observei a carência de infraestrutura do local com esgoto a céu aberto, falta de calçamento, diversas casas em locais de risco de desabamento, bem como relatos de criminalidade por parte da equipe. Ao chegar na residência familiar, logo pude notar que haviam dois cachorros e fezes bem próximas da sala de estar, saneamento básico

deficiente com dejetos líquidos despejados ao chão e pouca luminosidade solar devido à localização.

---

***A paciente estava fazendo uso de quatro medicações anti-hipertensivas em doses elevadas, e mesmo assim não conseguia manter a pressão arterial nos limites da normalidade, inclusive com valores altíssimos em determinadas avaliações. Iniciei um diálogo informal com a paciente e descobri que a mesma não sabia ler nem escrever, assim como seu marido que morava com ela. Após um simples diálogo, conseguimos desvendar o motivo da pressão arterial descontrolada. Ou seja, o problema não eram as medicações. Na verdade, a paciente não conseguia ler o que o médico tinha escrito nas prescrições. Com linguagem bem informal, propusemos uma abordagem diferente. Para medicações que deveriam ser tomadas durante o dia, utilizamos simbologia de sol, e para noite desenhamos uma lua nas caixas dos medicamentos. A paciente se demonstrou bastante disposta a utilizar o medicamento da maneira correta.***

---

No mais, foi identificado um sopro durante a ausculta cardíaca e solicitamos ecocardiograma para melhor avaliação. Com a visita domiciliar, após um simples diálogo com a paciente e com os desenhos de um sol e uma lua nas caixas dos medicamentos, conseguimos fazer com que os níveis da pressão arterial fossem controlados. Além disso, encaminhamos a paciente para o cardiologista, devido à alteração cardíaca identificada no ecocardiograma que solicitamos. Assim, essa visita domiciliar me chamou muito a atenção no sentido de que não precisamos de muito e nem mesmo de exames complexos para melhorar a saúde das nossas pacientes.

Constatei também que as atividades se baseavam em conhecimento do território, visitas domiciliares com as agentes comunitárias e o médico, abordagem familiar como um todo, discussão ativa entre médicos e estudantes sobre os casos complexos, vigilância em saúde contínua, grupos educativos, rastreamento em saúde mental, consultas com foco em hipertensão, diabetes e tuberculose, e, ainda, discussões sobre o papel da Atenção Básica e a coordenação do cuidado. Com a abordagem do território, o médico conhecia o perfil de seus pacientes, sua relação com a alimentação, o uso de drogas, comportamento sexual de risco e residências com pouca infraestrutura e luz solar, conseguindo correlacionar, dessa maneira, com as principais queixas clínicas.

Em conjunto com essas atividades, o médico sempre nos deu a oportunidade de conduzir as consultas sob sua supervisão, além de dar abertura para diversos pontos de vista, incluindo a visão do estudante de medicina, não apenas a visão clínica, mas com foco também no aspecto social.

Portanto, pude perceber que essa estratégia acrescentava muito na forma de intervenção na saúde do bairro, por meio do vínculo continuado entre o profissional e as famílias, pelas visitas domiciliares e pelo contato direto com a sociedade, avaliando os aspectos sociais como um todo.

---

**Por fim, apesar do tempo curto e do rotatório do internato ter sido continuado no Rio de Janeiro, tenho certeza que a minha**

**abordagem biopsicossocial, expondo minhas observações junto à equipe e colhendo o máximo de informações durante as visitas domiciliares, teve impacto na qualidade de vida dos pacientes e na prevenção de agravos a partir da promoção e da prevenção de saúde, além do tratamento adequado. Apesar da falta de medicações e vacinas e de toda burocracia com relação à espera para realização de exames, pude concluir que para melhorar a qualidade da saúde de uma determinada população não precisamos de muitos aparatos médicos complexos. O meu maior aprendizado foi o da percepção de que saúde envolve não apenas a consulta médica, mas o olhar como um todo do contexto em que o paciente está inserido na sociedade.**

---



CAPÍTULO IV  
CAMPO DE  
PRÁTICA,  
CAMPO DE  
APRENDIZADO

## APRENDENDO A SER MÉDICA NO CENÁRIO DA ATENÇÃO BÁSICA

Camille Santos Andrade

Ao longo da formação médica, alguns cenários de atuação no SUS foram apresentados a mim. Durante os primeiros dois anos do curso de Medicina, tive a oportunidade de conhecer a Estratégia de Saúde da Família (ESF), através da inserção em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) em Teresópolis.

Atuar na atenção primária no início de minha formação, com a sensação de pertencimento à equipe de assistência à saúde, foi um estímulo ao meu pensamento crítico no que tange às influências políticas na atenção à população e sobre o meu papel na transformação da realidade de uma comunidade.

Em 2017, no primeiro semestre do internato, tive mais uma oportunidade de inserção na Atenção Básica, dessa vez com uma carga horária que me possibilitava compreender as necessidades da população de maneira mais aprofundada e com uma considerável autonomia para resolver os problemas dos pacientes. Nesse contexto de muitas expectativas, e ainda de mais motivação, duas realidades de atuação foram o palco para os aprendizados desse período. A UBSF em Teresópolis, com a qual já estava familiarizada pela experiência prévia, e a Clínica de Saúde da Família no Rio de Janeiro.

---

**A discrepância que existe entre esses dois cenários é claramente observada, desde uma análise dos elementos tangíveis, como estrutura física e recursos financeiros e humanos, até elementos subjetivos, como a motivação de trabalho da equipe de saúde. Discutir quais são os fatores que determinaram que os dois cenários, que têm funções semelhantes dentro da assistência no SUS, se apresentem com tantas disparidades na prática não é o objetivo primário desse relato. Contudo, a meu ver, é evidente que a instabilidade política e o mau gerenciamento público da saúde, tão explícitos em 2017, são as bases para o abismo entre o desejo e a concretização em todas as ações na saúde.**

---

Na Clínica de Saúde da Família, onde era oferecido o serviço de eletrocardiograma, observei que parte dos exames realizados não era passível de interpretação por inadequações técnicas na realização do mesmo, e que aqueles que estavam dentro das padronizações para uma possível interpretação, muitas vezes passavam por dois ou três médicos para análise e conclusão dos achados eletrocardiográficos. A escassez dos conhecimentos sobre eletrocardiograma e a insegurança na interpretação por parte dos médicos podem ser o desfecho de um déficit no ensino desse conteúdo por algumas escolas médicas.

Assim, percebendo que essa era uma fragilidade na minha formação, priorizei o estudo sobre o eletrocardiograma, desde a técnica de realização até a interpretação do mesmo. Com autorização da preceptora, passei a realizar os eletrocardiogramas dos pacientes agendados, junto com os técnicos de enfermagem, às terças-feiras, durante oito semanas. Interpretei parte dos

eletrocardiogramas que realizei e comparei os achados eletrocardiográficos com dados dos prontuários dos pacientes, como idade e comorbidades.

O fortalecimento do conhecimento teórico com a vivência do conteúdo e treinamento repetido foram fundamentais para que eu me sentisse mais segura para a interpretação de eletrocardiogramas de maneira mais ágil, o que considero importante na prática médica, seja na atenção básica, no ambulatório ou na emergência.

## ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA COMO INTERNAS DE MEDICINA NA UBSF EM TERESÓPOLIS/RJ E NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO RIO DE JANEIRO/RJ

Amanda Fonseca Silva Junqueira  
Ana Gabriela de Almeida Kopke

Durante o segundo semestre do ano de 2017, atuamos na Atenção Básica, principal porta de entrada das redes de atenção à saúde, através do internato em Medicina em uma Unidade Básica de Saúde da Família em Teresópolis/RJ, e em uma Clínica de Saúde da Família situada na Ilha do Governador, no Rio de Janeiro/RJ. Ambas oferecem, preferencialmente, o serviço de atendimento inicial do Sistema Único de Saúde (SUS), prestando serviços à população local por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF); porém, elas apresentam diferenças.

A UBSF em Teresópolis é uma unidade que atende aos usuários residentes no bairro onde a unidade se encontra, prestando serviços de promoção e prevenção em saúde, atendimentos essenciais em saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso, referenciando casos mais específicos aos níveis de atendimento secundário e terciário, além de possibilitar a requisição de exames.

A Clínica de Saúde da Família no Rio de Janeiro possui um perfil semelhante, sendo também voltada para atendimentos primários e realizando um acompanhamento longitudinal de

peças com doenças crônicas. Porém, por ser uma clínica, possui melhor infraestrutura, permitindo a realização de radiografias e procedimentos mais complexos, tais como: colocação de dispositivos intrauterinos (DIU), infiltração intra-articular com corticosteroides, procedimentos odontológicos, testes rápidos para a detecção de doenças infectocontagiosas, entre outros. A unidade conta, ainda, com o projeto Academia Carioca, que possui profissionais de Educação Física, promovendo qualidade de vida e bem-estar.

Na UBSF em Teresópolis, realizamos atendimentos médicos sob supervisão. Atuamos tanto nas consultas de primeira vez quanto nas consultas de seguimento, tendo a oportunidade de entender o funcionamento da rede de saúde em Teresópolis. Os exames eram solicitados quando necessários e fazíamos encaminhamentos. Também participamos dos atendimentos de saúde da mulher, fazendo a coleta de preventivos, exame ginecológico e das mamas. Os pacientes impossibilitados de comparecer à unidade recebiam visitas domiciliares (VD). Participamos dessa assistência, acompanhadas de agentes comunitários. Percebemos que, em muitos dos atendimentos, houve necessidade de encaminhamento a níveis de atenção secundário. Além disso, a unidade carece de um serviço de farmácia, em que os pacientes poderiam retirar os medicamentos prescritos logo após as consultas.

A Clínica da Família no Rio de Janeiro abrange uma área maior e é dividida em cerca de cinco equipes de saúde da família. Fizemos parte de uma dessas equipes, realizando atendimentos médicos supervisionados e participando de consultas realizadas pelos médicos residentes da equipe e pela médica staff. Foi possível participar de diversos procedimentos, tais como: coleta de preventivos, lavagem auricular, eletrocardiograma e testes rápidos. A unidade possui uma farmácia, com uma gama de medicação, onde a maioria dos pacientes já conseguia adquirir todo os medicamentos no local e sem custos. Devido a esse arsenal medicamentoso, pacientes com crise hipertensiva, por exemplo, podiam ser avaliados e medicados no local.

Também realizamos visitas domiciliares no morro do Dendê, acompanhadas de agentes comunitários e médicos residentes, onde aprendemos sobre o funcionamento da rede de saúde no município do Rio de Janeiro e do sistema de referência e contra referência, efetuado no Sistema de Centrais de Regulação (SISREG). Percebemos que a maior parte das demandas dos usuários era atendida na clínica em virtude da infraestrutura local, o que condiz com os princípios da atenção básica, visto que a atenção primária em saúde deve atender a 80% das demandas da população.

Na equipe a qual fizemos parte, tivemos, ainda, a oportunidade de aprender superficialmente sobre práticas de medicina integrativa, participando de atendimentos nos quais

foram realizadas sessões de auriculoterapia, e fomos esclarecidas sobre o uso da cromoterapia e suas aplicações práticas.

---

***A experiência nas duas unidades nos possibilitou a comparação entre os cenários e reiterou a importância da longitudinalidade do cuidado, sendo a infraestrutura um grande facilitador para a resolução mais rápida e eficaz das necessidades do usuário. Além disso, aprendemos a lidar com expectativas e frustrações oriundas de um sistema sobrecarregado, no qual as demandas de atendimentos superam as ofertas. Entretanto, foi possível observar, nas duas unidades, que o atendimento acolhedor e a inclusão do paciente, respeitando suas crenças e escolhas na terapêutica se mostrou de grande valia para a adesão ao cuidado proposto.***

---



## PÉ DIABÉTICO – UM ESTUDO QUE CONTRIBUIU PARA NOSSA FORMAÇÃO MÉDICA

Glauco Gustavo da Silva e Silva  
Caio Faria Tardim

Em agosto de 2017, estávamos inseridos no nono período de Medicina do Unifeso, no primeiro semestre do internato, quando ficamos sabendo das atividades que realizaríamos e nossas obrigações. Uma delas seria desenvolver um trabalho de relato de caso ou de uma atividade realizada na Atenção Básica. No primeiro momento, nos vimos perdidos e confusos sobre o quê, e como faríamos esse trabalho. Depois de algumas semanas e muitos atendimentos, alguns casos recorrentes chamaram a atenção. Eram sobre pacientes diabéticos que apresentavam lesões nos pés, também conhecido como pé diabético. Sendo assim, nós e alguns amigos, também acadêmicos, entramos em um consenso sobre fazer uma análise epidemiológica sobre os pacientes com pé diabético, que foram atendidos no período de estágio em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), em Teresópolis, RJ.

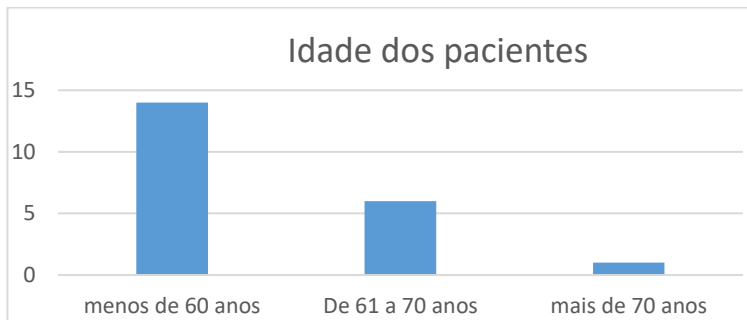
Úlceras nos pés e amputação são complicações frequentes em portadores de diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Nesse grupo, o risco de amputação de membros inferiores é aproximadamente 40 vezes maior que na população geral. Assim, foi realizado um trabalho de intervenção, através do estágio realizado no internato de Medicina, em uma UBSF, durante o período de 31/10/17 a

23/11/17. Esse trabalho teve como foco os pacientes com pé diabético, uma complicação do diabetes que ocupa os primeiros lugares entre os principais problemas de saúde, afligindo vários países do mundo e causando grande impacto socioeconômico. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o pé diabético da seguinte forma: situação de infecção, ulceração ou destruição dos tecidos profundos dos pés, associada a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores de pacientes com diabetes mellitus. Não obstante ao quadro descrito, o pé diabético continua subdiagnosticado e subtratado, quando não totalmente esquecido.

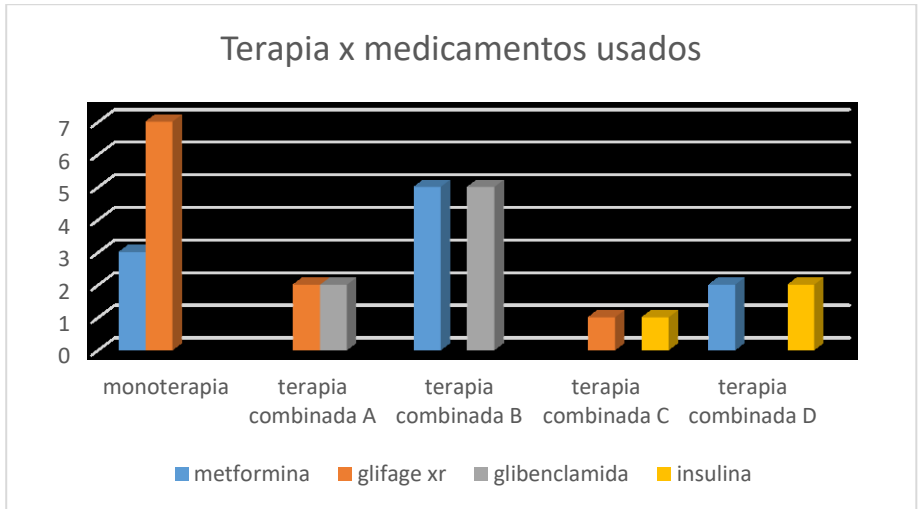
Assim, o objetivo desse trabalho foi fazer uma análise epidemiológica dos pacientes com pé diabético que foram atendidos nesse período, nas consultas de hiperdia, além de coletar dados dos pacientes e, através da Escala de Coelho, verificar quais pacientes precisavam de maior atenção.

Para identificar os pacientes com pé diabético, foi aplicado um questionário com seis perguntas (nome, idade, tempo de doença, medicação utilizada, se possui alguma lesão no pé e outros sintomas no pé) para os pacientes diagnosticados com diabetes, que frequentavam o grupo de hiperdia na unidade. Durante as consultas, foram identificados e avaliados 21 pacientes com diabetes mellitus tipo 2 e, com os dados coletados, ficou mais nítido o perfil epidemiológico dos pacientes acometidos e os que apresentavam mais riscos.

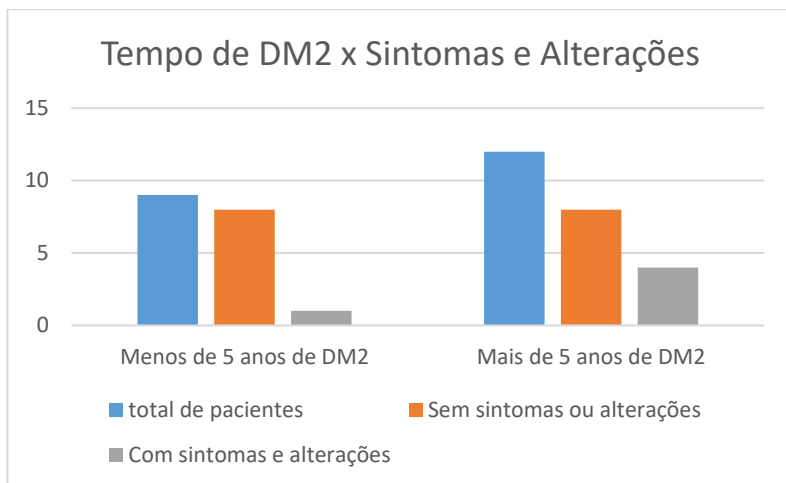
No perfil dos pacientes com DM2, a maioria tinha idade menor que 60 anos, sendo esse um dado importante, pois a intervenção adequada pode ser de grande importância no prognóstico da doença, evitando que o paciente chegue a desenvolver o pé diabético, o que costuma ocorrer com um tempo mais adiantado da doença.



Foi verificado, também no perfil dos pacientes, quantos e quais os medicamentos usados. O resultado mostrou que a maioria fazia uso de monoterapia, com metformina ou Glifage XR (classe das biguanidas). Outros medicamentos usados para uma terapia combinada são a insulina e Glibenclamida (sulfonilureia). Esse tipo de terapia foi instituído para os pacientes que não conseguiram manter um nível glicêmico adequado.



De acordo com o tempo da doença de cada paciente e o gerenciamento adequado da taxa de glicemia, ocorre uma drástica redução do risco de desenvolver uma complicação, como por exemplo, o pé diabético. Separando os pacientes pelo tempo de diagnóstico e os sintomas, podemos ter uma breve noção do sucesso do acompanhamento continuado e programado estabelecido pela unidade. Assim, podemos verificar que quanto menor o tempo de diagnóstico e tratamento da DM2, menores serão o aparecimento dos sintomas e alterações no pé do paciente, como podemos verificar no gráfico seguinte.



A seguir, os pacientes passaram por uma estratificação de risco familiar, chamada Escala de Coelho, que é em um instrumento de estratificação de risco familiar, desenvolvido no município de Contagem-MG, que, aplicado às famílias inscritas em uma unidade de saúde, pretende determinar seu risco social e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. Consiste em uma tabela com alguns escores que variam de acordo com o perfil de cada paciente. O paciente com maior pontuação terá maior necessidade de atenção.

Com esse trabalho, podemos concluir que o perfil epidemiológico dos pacientes avaliados demonstrou que a idade prevalente de DM2 foi superior a 45 anos e inferior a 60 anos. Outro dado importante foi relacionado à terapia mais utilizada, que demonstrou que a maioria dos pacientes estava em monoterapia e que esses mesmos pacientes eram os que tinham menos sintomas

e alterações no pé devido à DM2. A princípio, isso sugere que o controle glicêmico adequado estava sendo realizado, evitando as complicações da doença e postergando, pelo maior tempo possível, a terapia combinada, diminuindo os recursos terapêuticos do paciente. Os pacientes que faziam uso de terapia combinada foram os que mais apresentaram sintomas e alterações no pé, além de demonstrarem um ineficaz controle glicêmico. Dentre eles, 70% dos que faziam uso de insulina apresentavam dormência nos pés. Um dado interessante foi que apenas 30% dos pacientes já tinham ouvido falar sobre o pé diabético e os cuidados que deveriam ter com os pés. A intervenção foi de grande importância na prevenção de complicações e conscientização dos pacientes com DM2, atingindo o objetivo proposto pelo trabalho.

---

***Além da análise epidemiológica e dos resultados obtidos no trabalho, a realização do mesmo e a experiência que ele nos proporcionou foram de grande impacto no crescimento e desenvolvimento profissional, pois foram os primeiros contatos com os pacientes que começavam a nos enxergar como médicos. Mesmo sabendo que não tínhamos concluído ainda o curso de Medicina, havia uma confiança no trabalho que estava sendo realizado com eles e a consciência que, de alguma forma, isso poderia refletir positivamente para os pacientes daquela unidade.***

---

Vamos levar na memória alguns daqueles pacientes que tivemos o prazer de conhecer e que nos fizeram, pela primeira vez, sentir a sensação maravilhosa de confortar e/ou melhorar suas condições de saúde.

## APRENDIZES NA ILHA: PROJETO OUTUBRO ROSA

Ana Paula Coutinho Barros de Brito  
Gustavo Adolfo Brasileiro Passos

Durante o nosso 9º período de internato, fomos inseridos na Clínica de Saúde da Família (CSF), localizada na Ilha do Governador, Rio de Janeiro. A princípio, ficamos preocupados com a localidade da clínica devido a questões de segurança, mas a chance de ter novas experiências e atender em um lugar com demandas diferentes das que víamos em Teresópolis nos motivou.

Ao chegarmos ao local, vimos que as dimensões eram completamente distintas das que estávamos acostumados nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Sem falar na quantidade de pacientes a serem atendidos. Para conseguirmos atender uma maior demanda de pacientes, detentores de diversas patologias, o número de profissionais de saúde era bem maior do que o que vimos em outras unidades de atendimento básico.

A Clínica de Saúde da Família (CSF) que estávamos inseridos nos ofereceu a possibilidade de realizar consultas individuais e coletivas, visitas domiciliares, acompanhar pré-natal, consultas de planejamento familiar e requerer exames que seriam feitos dentro da própria clínica, com possíveis resultados imediatos, como radiografias, eletrocardiograma, ultrassonografia e exames laboratoriais (sangue, urina e fezes).

Nossa área de atuação era a Praia da Rosa, região muito carente da Ilha do Governador. Tratava-se de uma comunidade que, como muitas outras do Rio de Janeiro, estava dominada pelo tráfico de drogas.

Depois que nos acostumamos com a situação, começamos a reparar nas demandas da população. Muitas pacientes reclamavam que queriam fazer mamografias, pois tinham medo de ter câncer de mama. Elas reclamavam da demora para conseguir realizar o exame, mas, ao mesmo tempo, não tinham noções mínimas sobre a doença. Para elas, aquele exame era o único, e que somente com ele em mãos poderiam notar alguma anormalidade.

---

***Tendo em vista essa situação, e a proximidade do mês de outubro, resolvemos realizar uma ação social de conscientização da população sobre o tema. A ação não se limitou apenas à nossa área de atuação. Montamos, com a ajuda da equipe da clínica, uma mesa na entrada da clínica, para que todos que entrassem pudessem ver e participar da atividade. Além dos materiais em exposição, realizávamos buscas ativas, abordando pessoas que estavam nas filas ou apenas de passagem para questionar seus conhecimentos acerca do câncer de mama.***

---

Observamos que as pessoas que atingimos com a campanha, como já havíamos notado, não tinham qualquer conhecimento sobre o autoexame ou sobre qualquer outro exame de mama capaz de detectar sinais da doença, tendo apenas como referência a mamografia. Nosso principal desafio foi mostrar a



essas pessoas que a mamografia era muito importante, mas que o autoconhecimento do próprio corpo também era. A maioria das pessoas abordadas não sabia como realizar o autoexame e muitas, quando notavam alguma alteração nas mamas, não sabiam o que fazer.

Os materiais que utilizamos para realizar essa orientação foi cedido pelo Laboratório de Habilidades da nossa instituição, e dentre eles, além de cartazes e banners, haviam modelos de mamas que variavam das saudáveis a outras com sinais sugestivos de alterações relacionadas ao câncer de mama. A população ficou bem interessada. Pessoas estavam se dirigindo à clínica somente para ver as nossas orientações, tanto por indicação de algum vizinho quanto pela equipe responsável pela região da paciente.

---

***Nossa ação durou uma semana. Durante esse período, foi possível ver que a população tinha interesse na saúde, porém, devíamos abordar os temas de maneira acessível para elas. E quando encontramos uma maneira eficaz de nos comunicar com a população, o trabalho rendeu frutos. Acreditamos que, por mais simples que nossa ação tenha sido, a população daquela localidade foi atendida e esclarecida. O objetivo da atenção primária à saúde foi atingido, pois o foco foi a prevenção.***

---

Essa experiência foi impactante para nós, pois no início achávamos que seria uma população difícil de lidar, mas bastou conhecermos aquela realidade e nos adequarmos a ela, que o trabalho foi bem-sucedido. Como profissionais de saúde, não

devemos exigir, de quem atendemos, conhecimentos aprofundados. Devemos sim, tentar nos expressar da maneira mais clara possível para que a pessoa a quem estamos nos dirigindo tenha uma real compreensão do tema.

Há questões inerentes a esta fase de nossa formação médica. Mesmo ainda sendo acadêmicos, neste rotatório, fomos individualmente agentes de promoção da saúde. Quando atendemos aos pacientes da CSF, fomos capazes de conhecer seus anseios e contextualizar suas perspectivas socioculturais, segundo a capacidade cognitiva de cada indivíduo.

O profissional de saúde deve se adequar ao meio social em que se encontra e não exigir o contrário. Ao elaborarmos uma semana de prevenção do câncer de mama, algo imprescindível, observamos que o envolvimento das pessoas contribuiu para o sucesso de nossa iniciativa.

Como médicos, teremos a missão diária de tentar transformar a vida de alguém, de cuidar dos nossos pacientes. Sem a atenção primária, vemos diariamente, em qualquer cenário de prática, que a Medicina perde o seu objetivo. Queremos cuidar, queremos curar, mas para atingirmos tudo isso, a prevenção e a educação da população se mostram essenciais.

Através de projetos como o nosso, feitos na atenção primária, somos capazes de cuidar adequadamente de nossos pacientes, buscando sempre nos anteciparmos a grandes moléstias. Como Hipócrates mesmo determina: “Aquilo que os

remédios não curam, cura o ferro; aquilo que o ferro não cura, cura o fogo; aquilo que o fogo não cura é preciso considerá-lo irremediável.”

## UMA EXPERIÊNCIA NA SAÚDE MENTAL

Glória Maria Schitini de Souza

Eu, como estudante de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos, tive a primeira experiência com a saúde mental no nono período, quando pude trabalhar no Centro de Assistência Psicossocial e Saúde (CAPS) e no Hospital Nossa Senhora de Carmo, na cidade do Carmo, RJ. Confesso que foi um choque de realidade, já que não tínhamos muita experiência com pacientes com transtornos psicóticos, depressivos e usuários de drogas. Lá, tive o prazer de aprender com grandes profissionais da área, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social e psicólogos e trabalhar com essa equipe multidisciplinar formidável.

O CAPS é o primeiro atendimento visando ao acolhimento e tratamento dos pacientes com problemas de saúde mental. Então, vimos um dos princípios do SUS sendo respeitado: o funcionamento da atenção primária como porta de entrada do cidadão no mundo da saúde pública.

O CAPS também respeita o princípio da universalidade, no qual todos os cidadãos, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso e ao serviço de saúde. A partir do CAPS, os pacientes eram transferidos para serviços de alta complexidade, como hospitais, explicitando um outro princípio, a integralidade.

No CAPS, o indivíduo era acolhido e tinha um Projeto Terapêutico Individual específico para as suas

necessidades e demandas. O paciente a quem me foi designado para acompanhar era portador de esquizofrenia paranoide. A esquizofrenia é uma doença que se caracteriza, em geral, por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, bem como por afetos inapropriados ou embotados. O diagnóstico se baseia no CID-10 (Código Internacional de Doenças). Os sintomas de maior hierarquia são: eco, inserção, roubo, irradiação de pensamento, delírios e alucinações (principalmente auditivas).

No primeiro momento, o paciente não foi receptivo, tinha dificuldade em se abrir e não gostava de frequentar o CAPS. Realizei diversas buscas ativas ao paciente, tentando mostrar a importância dele fazer acompanhamento médico. Ele apresentava pensamento desorganizado e discursos delirantes de grandeza, de religião e persecutórios. Falava que era o faraó, e que todos estavam perseguindo-o.

---

***Após começar frequentar diariamente o CAPS, ele foi medicado com Haloperidol Decanoato, um antipsicótico típico, além de fazer terapia ocupacional e atividades em grupos. Essa tarefa constituiu um desafio, e me fez sentir insegura muitas vezes.***

***Mas ao perceber a evolução do paciente, que saiu de um discurso desorganizado e fantasioso para uma pessoa que conseguia se relacionar e exercer uma profissão (como pintor), foi muito gratificante.***

---

Ao decorrer do tratamento, o paciente reclamava da sedação que o remédio trazia, sendo substituído por Risperidona,

um antipsicótico típico, de média potência. Após um tempo, o paciente evadiu da unidade e deixou de fazer uso da medicação. Fiz uma visita domiciliar e conheci sua mãe, que se mostrou muito triste e pedia ajuda. O meu projeto de intervenção, ao final do meu rotatório, foi a tentativa de internação social para estabilização e tratamento do paciente.

O que pude aprender nesse internato em saúde mental sobre medicações e contato com pacientes psicóticos foi muito proveitoso e satisfatório.

## MINHA EXPERIÊNCIA COMO INTERNA NA ATENÇÃO BÁSICA

Marianne Cardoso Rodrigues

Durante seis semanas, atuei como interna em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) em Teresópolis. Nessa unidade, eram oferecidas consultas clínicas à população pediátrica, de adultos e de idosos, além de contar com vacinação, coleta de material colpocitopatológico, reuniões do grupo Hiperdia (hipertensos e diabéticos) com moradores do bairro e visitas domiciliares.

A seguir, por doze semanas, fui interna em uma outra UBSF, também em Teresópolis. Essa unidade oferecia os mesmos serviços, com exceção das reuniões do Hiperdia para os moradores da região.

Em ambas as unidades, realizei consultas clínicas sob supervisão médica, acompanhando a evolução dos pacientes em seus prontuários. Também pude realizar exames físicos, coletas de material colpocitopatológico, visitas domiciliares, entre outras atividades.

Em uma das unidades, tive a oportunidade de participar do evento “Dia do Outubro Rosa”, quando atendi uma grande quantidade de mulheres, realizei exames de mama, fiz pedidos de mamografias e ultrassonografias de mamas, bem como coleta de material colpocitopatológico.

Uma visita domiciliar que me marcou bastante foi na residência da Sra. H., uma senhora acamada com grave quadro de desnutrição e desidratação. Fiz um trabalho de intervenção com esta família, com o auxílio da agente comunitária. Orientei quanto às necessidades dietéticas, visto que a família não entendia a real importância do equilíbrio nutricional que ela necessitava e apenas fornecia alimentos que Sra. H. solicitava.

---

***Outra intervenção que realizei nesse núcleo familiar foi em relação à avaliação dos exames laboratoriais da filha da Sra. H. Esses exames haviam sido solicitados por mim na unidade semanas antes e traziam resultados sugestivos de uma doença autoimune, fato já suspeitado durante a consulta clínica. Com a visita domiciliar, fui capaz de agilizar a continuidade da investigação e realizar o encaminhamento da paciente para o serviço pertinente.***

---

Um momento que me marcou durante o período em que permaneci em uma das unidades foi a identificação de um sopro cardíaco em um paciente que desconhecia tal alteração, pois tive a oportunidade de encaminhá-lo para a realização de um ecocardiograma. Em outra oportunidade, fui capaz de identificar, durante o evento “Dia do Outubro Rosa”, um nódulo mamário, também desconhecido por parte da paciente. Fiz o encaminhamento da paciente para a avaliação complementar para que auxiliasse no diagnóstico dessa alteração.

Com a experiência que vivi nesses serviços de atenção básica, ganhei muita autoconfiança em meu atendimento.



Conquistei certa autonomia no decorrer dos atendimentos e recebi muito apoio por parte de meus supervisores do cenário.

## MINHA NARRATIVA DE PRÁTICA

Wily da Silva Botelho Filho

Essa é uma narrativa de prática referente ao internato do 9º período de Medicina do Unifeso, que ocorreu no segundo semestre de 2017, quando fui inserido no âmbito da Atenção Básica em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) de Teresópolis, RJ.

---

***A atenção primária é a espinha dorsal do Sistema Único de Saúde (SUS) e por ser a porta de entrada, geralmente é o primeiro recurso a ser buscado, de forma que seus integrantes têm o papel de exercer a continuidade do cuidado e manter o vínculo do usuário com o serviço de saúde. Além disso, o nível primário é responsável por todos os problemas que a ele chegam, ainda que parte seja encaminhada ao nível secundário ou terciário. Dessa forma, a Atenção Básica, na saúde pública no país, atua de forma decisiva, no campo individual e coletivo, na promoção à saúde da comunidade.***

---

Em uma visita domiciliar, conhecemos o Sr. J.M.S, 72 anos, pardo, casado, aposentado, natural do Rio de Janeiro, residindo em Teresópolis há mais de 30 anos. O objetivo principal da visita era avaliar o seu estado de anticoagulação, através da avaliação periódica do Índice Internacional Normalizado (INR). Ao exame, digno de nota, o seu ritmo cardíaco era irregular. Encontrava-se em uso de propranolol, losartana e warfarin. Encarei a alteração como possível “fibrilação atrial”, embora não tenha ficado clara a necessidade da anticoagulação para essa arritmia.

A partir dessa narrativa, levantei algumas hipóteses que resultaram nos seguintes questionamentos: 1) Como se desenvolve o mecanismo da fibrilação atrial? 2) Qual a sintomatologia? 3) Como é o tratamento e por que envolve anticoagulação? Para o desenvolvimento das dúvidas apresentadas, recorri à pesquisa bibliográfica em livros de cardiologia, clínica médica e diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Com a pesquisa, obtive o entendimento de que a fibrilação atrial ocorre quando os miócitos atriais estão “doentes”, com alteração de sua eletrofisiologia, predispondo à formação de mecanismos de reentrada no miocárdio atrial. Trata-se da taquiarritmia crônica mais prevalente, aumentando com a idade e sendo mais comum nos idosos. A fibrilação atrial contribui para a piora hemodinâmica, além de precipitar sintomas como palpitações, desconforto torácico, dispneia e tonteira. Uma grande parcela dos doentes, entretanto, é assintomática. A arritmia, nesse caso, acaba sendo suspeitada pelo exame físico e confirmada posteriormente pelo eletrocardiograma (ECG).

Uma das principais preocupações é a maior predisposição para eventos tromboembólicos. Devido à perda da contração, o sangue sofre estase no interior do átrio, aumentando a chance de formação de trombos, que podem se deslocar até ocluir um vaso arterial, sendo o Sistema Nervoso Central (SNC) o local mais frequentemente acometido, determinando o acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico cardioembólico. Por esse motivo, o risco

cardioembólico sempre deve ser avaliado, e quando este for significativo, a anticoagulação deve ser instituída. Existem vários escores que nos auxiliam a determinar o risco cardioembólico, como o CHA2DS2-VASC e o HAS-BLED.

Dessa forma, percebi que o tratamento instituído condizia perfeitamente com a terapêutica padrão da fibrilação atrial, principalmente no que tange à manutenção do paciente em regime de anticoagulação crônica. Além disso, nessa experiência, pude compreender a importância da Atenção Básica no gerenciamento do plano de cuidado desses pacientes, principalmente em regime de tratamento domiciliar, que necessitam de acompanhamento individualizado e centrado na pessoa.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA EM TERESÓPOLIS

Lucas Almeida Maia do Nascimento  
Vinícius Barbosa Neumann

O internato médico é um período da formação acadêmica em que somos inseridos nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e com isso podemos aprimorar os conhecimentos adquiridos, além de poder contribuir para a melhoria da saúde da área atendida por essa unidade através da prática. Assim, no segundo semestre do ano de 2017, fomos inseridos em uma UBSF em Teresópolis, RJ. Vale lembrar que, desde o ano de 1994, o Sistema Único de Saúde (SUS) baseia-se na ação do médico de família, atuando junto à comunidade nas UBSF, como porta de entrada do sistema, sendo responsável por uma resolução de aproximadamente 80% dos casos atendidos e referenciando aqueles com um nível maior de complexidade para outros setores. Assim, fica evidente o papel de destaque da Atenção Básica na saúde pública e, conseqüentemente, na condução do processo saúde-doença daqueles que usufruem desse sistema.

Desde o nosso primeiro contato com a UBSF e seus profissionais, percebemos os múltiplos cenários nos quais poderíamos atuar: as consultas de rotina; as visitas domiciliares; os grupos de acompanhamento a pacientes específicos como o grupo de gestantes e Hiperdia; o combate à obesidade e tabagismo.

Durante as consultas, inicialmente tivemos contato com os prontuários da unidade, formulários de encaminhamento para especialidades, modos de prescrição e exames essenciais a serem solicitados no acompanhamento dos pacientes. A priori, após as primeiras consultas, percebemos uma dificuldade em conduzir determinados casos por imprecisão dos dados presentes no prontuário, o que prejudicava direta ou indiretamente o seguimento do paciente e nossas condutas.

Com relação às visitas domiciliares, ficou evidente para nós a importância da equipe multidisciplinar no mapeamento da população, uma vez que o sistema da UBSF se baseava em micro áreas nas quais um agente comunitário era responsável por intermediar o contato entre o paciente e a unidade, principalmente no que tange aos pacientes com restrição ao leito, e que por isso não tinham condição de se deslocarem à unidade para acompanhamento.

Como exemplo, podemos expor o caso de uma idosa que tinha doença articular crônica, que restringia sua mobilidade, associada à doença de Alzheimer, o que a tornava dependente dos seus familiares. Durante a visita domiciliar, foram encontrados sinais e sintomas característicos de pneumonia bacteriana adquirida na comunidade, o que nos permitiu a instituição da terapêutica adequada com conseqüente melhoria dos parâmetros clínicos em poucos dias. Além disso, ficou evidente nossa insegurança inicial ao nos dirigirmos ao domicílio como

profissionais de saúde em formação responsável pelo primeiro atendimento de alguns pacientes, sentimento esse, que com o passar das semanas, foi substituído por confiança através do apoio dos demais membros da equipe da unidade.

Durante a semana, após a finalização dos atendimentos marcados, ocorriam encontros, que tinham por objetivo fazer o acompanhamento de determinados grupos de pacientes. Nossa participação baseava-se em levar, até essas populações, conceitos teóricos acerca de sua patologia, como reconhecer determinados sintomas, a importância do tratamento regular além de tirar dúvidas frequentes. No grupo de gestantes, discutimos os diferentes tipos de parto e esclarecemos os mitos populares que permeavam a mente das gestantes, principalmente as primíparas. Outro grupo de destaque nas semanas em que estivemos na unidade foi o grupo do Hiperdia (Hipertensão + diabetes) e combate à obesidade. Ficou nítido que o desconhecimento do processo saúde-doença comprometia o acompanhamento e, conseqüentemente, a aderência ao tratamento, pois a dúvida que mais ouvíamos era se realmente tinham problemas de saúde, uma vez que eles não apresentavam sintoma algum.

Com base na constatação sobre o impacto negativo do desconhecimento sobre sua doença, decidimos traçar o perfil epidemiológico da população atendida na unidade no que tange às orientações e cuidados sobre o pé diabético. Após a realização dessa atividade, foi perceptível que a faixa etária prevalente

equivalia à sexta e sétima décadas de vida, havendo a necessidade de enfatizar a importância do controle glicêmico. Portanto, os pacientes foram orientados a estabelecerem um tratamento contínuo e seus benefícios à saúde, reforçando o papel da UBSF como porta de entrada do SUS.

---

***Portanto, concluímos que o cenário de prática na UBSF, nos permitiu realizar uma avaliação mais abrangente do paciente, reconhecendo o contexto biopsicossocial no qual ele estava, além de ter permitido aprofundar o conhecimento das doenças mais prevalentes como diabetes e hipertensão. Por fim, valorizamos o papel da equipe multidisciplinar no acompanhamento do paciente de maneira holística.***

---



# CAPÍTULO V

## RELATOS DO

### QUE APRENDI

## RELATO DE EXPERIÊNCIA – O QUE VIVI E APRENDI NA MINHA ATUAÇÃO COMO INTERNA DO UNIFESO NA ATENÇÃO BÁSICA EM TERESÓPOLIS/RJ

Camila Araújo Hassen Freire

Durante minha atuação na atenção básica como interna, tive a oportunidade de vivenciar duas realidades distintas, uma na zona urbana e outra na zona rural de Teresópolis. Os dois locais eram muito bem localizados, de fácil acesso à população, com uma rotatividade grande de pacientes e uma diversidade de áreas atendidas. Em ambos os cenários, fui inserida em atendimentos de Clínica Médica, Ginecologia, Pediatria e visita domiciliar para atendimento de pacientes acamados ou impossibilitados de se deslocarem à UBSF para a consulta médica. O aprendizado foi baseado na experiência de atender em conjunto e sob a orientação das médicas responsáveis, que propiciavam treinamento na anamnese, exame físico e conduta a todos os pacientes, discutindo os casos e estimulando o raciocínio lógico.

Minha primeira inserção foi na zona urbana. A semana era bem definida e as áreas básicas de atendimento eram organizadas por turnos. Na área de Clínica Médica, os atendimentos giravam em torno das comorbidades mais prevalentes, como hipertensão arterial e diabetes mellitus, o que fez com que eu aprofundasse meu conhecimento sobre o reconhecimento e tratamento dessas

afecções. Na área de Pediatria, o foco era nas consultas de puericultura, porém, durante este período, tive a oportunidade de ter contato com uma doença rara, a Neurofibromatose do tipo 2, o que me incentivou a conhecer mais sobre a mesma.

Durante as visitas domiciliares, tive a oportunidade de vivenciar um pouco da vida dos pacientes, suas lutas emocionais e financeiras, a dificuldade de acesso aos serviços de alta complexidade, o que só acrescentou uma visão mais humanizada à minha formação.

A inserção na UBSF da zona rural veio para somar conhecimentos e vivências. No entanto, os atendimentos nesse cenário me mostraram o contraste de realidades. As queixas mais frequentes eram relacionadas ao uso de pesticidas, e não mais a doenças cardiovasculares ou metabólicas. Os atendimentos voltados para a área de ginecologia demonstravam uma procura alta pela prevenção, o que me reafirmava a importância das campanhas de conscientização populacional.

O contato com pacientes com baixo grau de escolaridade foi um desafio. As dificuldades no uso dos medicamentos, pelo simples fato de não saberem ler o receituário médico, são constantes, o que me estimulou a aprender sobre maneiras para tentar ajudar esses pacientes.

Enfim, nem tudo foram flores! Nosso sistema de saúde tem muitas falhas e obstáculos, mas a inserção na área básica, em comunidades tão distintas, foi essencial para minha humanização

e formação, agregando não só conhecimentos técnicos, mas, principalmente, vivências e empatias, características básicas e essenciais, mas que são de difícil aprendizado em outros cenários práticos.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA DO INTERNATO NA CLÍNICA DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO - RJ

Eduardo Silveira de Mattos  
Maria Luiza Gomes Jenkins

Durante o 9º período, fomos internos em uma Clínica de Saúde da Família (CSF), localizada na Ilha do Governador, no Rio de Janeiro, na qual ficamos durante dez semanas, de terça à sexta-feira. A CSF faz parte da atenção primária, cujo objetivo é focar na prevenção, promoção da saúde e diagnóstico precoce das doenças. Além disso, a área de cobertura da clínica era dividida em microrregiões, sendo cada uma atendida por uma determinada equipe. A clínica era formada por um grupo multiprofissional, que incluía médicos, enfermeiros, dentista, farmacêutico, técnicos de enfermagem e agentes comunitários. A nossa equipe era responsável pela microrregião Tijolinho, sendo composta por um médico, uma enfermeira, cinco agentes comunitários e um interno de outra instituição.

Nosso primeiro contato com a CSF foi um tanto desafiador devido ao fato de ser um ambiente com uma demanda muito maior com a qual estávamos acostumados e com situações um pouco mais complexas. Contudo, a equipe, a estrutura da clínica e o sistema de saúde integrado foram fatores que facilitaram nossa adaptação e a resolução nos casos.

Na primeira semana, que foi também nossa primeira semana como internos, consistiu em observação e aprendizado de como eram feitas as consultas, os encaminhamentos e o conhecimento da nossa microrregião através de visitas domiciliares. A partir da segunda semana, fomos ganhando mais confiança da equipe e em nós mesmos. Com isso, passamos a ter mais liberdade nos atendimentos e pudemos aprender muito com os casos que nos eram apresentados diariamente e com as discussões com a médica pós-atendimento. O cenário foi riquíssimo em aprendizado tanto no âmbito pessoal como acadêmico.

Um caso que nos marcou foi o de uma família composta pelos pais e um filho adolescente. O atendimento inicial foi realizado por nós e por outro interno. O pai foi o primeiro a ser atendido com queixas cardíacas, sendo obeso e hipertenso em tratamento irregular. Durante o atendimento, sua esposa ficava se intrometendo e, em muitos momentos, nos pedindo para que encaminhássemos ele para um cardiologista e para um nutricionista. O paciente nos contou que eles tinham uma vida muito confortável em outra cidade, mas que havia falido e tinha chegado recentemente à Ilha do Governador com sua família para tentar um recomeço. Ele nos relatou que nunca tinha usado a rede pública de saúde antes. Após seu atendimento, foi a vez da esposa, uma mulher ansiosa, com sobrepeso e muitas queixas. Da mesma forma como fez durante o atendimento de seu marido, nos solicitou

diversos encaminhamentos para várias especialidades. O filho foi o último a ser atendido; jovem calado, que só se interessava pelo seu celular, nos respondia somente com “sim” e “não” e sempre de cabeça baixa virado no telefone. Como sentimos uma certa resistência por parte dele, pedimos ajuda de um médico mais experiente da clínica. Ao fim da consulta, foram feitas todas as orientações, prescrições e encaminhamentos realmente necessários.

---

***O atendimento descrito acima nos marcou por diversos motivos: primeira consulta familiar, pudemos observar as relações familiares e como as comorbidades individuais influenciam os demais como um todo; uma família que nunca tinha usado a rede pública de saúde, de forma que tivemos a oportunidade de explicar que a CSF poderia atender a maioria de suas demandas sem precisar de encaminhamentos; paciente poliqueixosa, fazendo com que tivéssemos que organizar e filtrar as informações para poder realmente fazer as intervenções que ela precisava; o filho que não se expressava, sendo necessário pedir ajuda de um profissional mais experiente para extrair suas queixas e necessidades e, assim, aprender como lidar com esse perfil de paciente; lidar com um atendimento com mais de uma pessoa no consultório e com as interferências durante as consultas, aprendendo tanto como proceder em tal situação quanto como certas interferências podem ser importantes para o seguimento clínico; por fim, conseguimos ver como uma situação socioeconômica influencia na saúde física e mental de uma família, afetando seus componentes em graus diferentes.***

---

Portanto, com essa experiência, tivemos a oportunidade de aprender mais sobre a importância da atenção primária e de como

esta é mal utilizada pela população que não a valoriza e que, por muitas vezes, não conhece seu poder resolutivo.

Também percebemos que, por mais que fosse um perfil populacional diferente do que já tínhamos tido contato prévio, a prevalência das doenças, no geral, foi bastante semelhante. Assim, além de todo o conhecimento médico que adquirimos, ficou nítido de que a CSF funciona de forma eficiente na Atenção Primária de Saúde Pública e, para que esta se torne ainda mais efetiva, será necessário um maior investimento público e aderência por parte da população.



## DIFERENTES REALIDADES, UM MESMO MODELO

Leonardo Oliveira Lima  
Marcele Simões de Magalhães

Como internos do Centro Universitário Serra dos Órgãos (Unifeso), tivemos a oportunidade de conhecer realidades diferentes de um mesmo modelo de Atenção Básica proposto para o nosso país. Parte de nossa formação foi dividida entre cenários na maior cidade do estado, a capital Rio de Janeiro, e a outra parte foi realizada na cidade-sede da faculdade, Teresópolis, RJ, cidade significativamente menor e com diferenças e questões importantes que serão desenvolvidas a seguir.

Durante o 9º período, passamos por uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) em Teresópolis e por uma Clínica de Saúde da Família (CSF) localizada na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, na primeira metade do estágio.

Começando pelo primeiro cenário, temos que relatar que o modelo e o ambiente em que estávamos inseridos na Ilha do Governador eram, sem dúvida, mais completo que o de Teresópolis, não por qualquer falha de funcionalidade (que, diga-se de passagem, existe certamente), mas, primordialmente, pelo próprio modelo que era proposto na região. Lá, encontramos uma CSF que servia à Estratégia de Saúde da Família, tendo a capacidade de resolver cerca de 85% dos quadros de quem procurava atendimento na localidade. No entanto, não foi somente a grande

funcionalidade em termos burocráticos e de resolução de condições clínicas dos pacientes que nos chamou a atenção.

O maior êxito do cenário, em nossa opinião, foi o contato com os staffs, médicos residentes e toda a equipe multidisciplinar (enfermagem e agentes comunitários), todos bem preparados e de boa vontade para sanar nossas dúvidas e repassar conhecimentos oriundos tanto da teoria quanto da prática médica. Em certas ocasiões, nos foi possibilitado atender pacientes sob a supervisão dos médicos residentes ou staffs, sendo esse o primeiro momento, durante nossa formação, em que essa condição nos foi permitida. Por mais que esse novo desafio, na época, tenha sido excitante, não foi, nem de longe, o acontecimento mais marcante do internato. O carro-chefe foi o cenário externo, encabeçado pelas visitas domiciliares.

Lembramos das visitas domiciliares cansativas, de muito deslocamento e pouco retorno em termos de conhecimento técnico adquirido. No entanto, sempre mensurávamos o retorno que aquelas visitas tinham ao paciente em questão (que muitas vezes se encontrava impossibilitado de ir à clínica). Vimos um pouco de tudo que é mais prevalente na atenção primária, como o manejo da hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*.

---

***O momento mais marcante, e que ainda lembramos de vez em quando, foi uma visita à casa de uma senhora que estava apenas com sua neta. Desde o primeiro momento, houve troca de farpas e acusações entre as duas, ao passo que a situação estava bastante constrangedora e se tornando insustentável. A***

***atitude dos médicos ao conduzir a situação foi muito mais do que técnica, foi humana: propuseram uma dinâmica para elas, de forma que, ao final, estavam abraçadas e dizendo o quanto uma era importante para a outra. Foi um momento muito bonito, e todas as pessoas que presenciaram se emocionaram bastante. Isso mostra o quanto que a Atenção Básica pode ser importante, não apenas para a prevenção da saúde.***

---

A experiência na UBSF de Teresópolis nos pareceu muito menos proveitosa. Apesar da autonomia nos atendimentos, tivemos poucos casos interessantes e nas visitas domiciliares realizamos apenas aferições de pressão arterial e glicemia e orientações gerais. Outro ponto negativo foi em relação à prática médica propriamente dita. Enquanto na CSF do Rio de Janeiro nem conseguimos lembrar de alguma situação em que foi necessário encaminhar o paciente para algum ambulatório de referência, na unidade de Teresópolis essa conduta era praticamente mandatória em toda consulta. Achávamos que, se o paciente estivesse sendo atendido na clínica da Ilha do Governador, muito provavelmente ele seria tratado ali mesmo, e não referenciado para um especialista, como cardiologista, endocrinologista, entre outros. Acreditávamos na boa vontade dos profissionais da unidade, sem dúvida, e também na competência dos mesmos. Todavia, pensávamos que o fato de, na CSF, estarmos lidando com profissionais especializados em Medicina da Família e Comunidade, e seus respectivos residentes, as consultas tornavam-se significativamente mais produtivas e resolutivas. O ambiente acadêmico tornava a conjuntura mais interessante, sendo também

importante destacar o peso da escolha dos próprios médicos especializados que lá atuavam. Eles escolheram essa especialidade para a vida, ao passo que, nas UBSF de Teresópolis, os médicos, grande parte das vezes, eram recém-formados que não tinham a intenção de permanecerem por longos períodos no contexto da Atenção Básica – estavam em preparação para outros concursos de residência médica.

O 9º período, por inúmeros fatores, foi um dos períodos de maior impacto na nossa formação – desde as primeiras consultas supervisionadas até as primeiras experiências com o ônibus que descia para o Rio de Janeiro e subia para Teresópolis nos dias úteis (relação que seria estreitada no período seguinte, nas incontáveis idas ao Hospital Federal de Bonsucesso). Estudamos e aprendemos bastante sobre os conteúdos mais prevalentes e mais importantes da Atenção Primária. Retomamos o contato com a população carente de Teresópolis – antes, do 1º ao 4º período, já havíamos tido a experiência semanal de ir às unidades de saúde da cidade, mas dessa vez fomos com maior embasamento teórico e maior possibilidade de assimilar a prática médica. Dessa forma, mesmo com as grandes diferenças já explicitadas entre os cenários, a experiência foi produtiva e levaremos essas impressões para nossa formação e para quando, quem sabe, formos os médicos responsáveis pela Atenção Básica da nossa região.

## FALANDO DO QUE VIVI E APRENDI NA MINHA ATUAÇÃO COMO INTERNO DO UNIFESO NA SAÚDE MENTAL

Gustavo Carrizo Defáveri

‘Período de adaptação’, essa é a expressão capaz de resumir todos os meus dias, desde o dia 21 de agosto de 2017 até o dia 22 de setembro deste mesmo ano. Iniciava-se ali algo inusitado para todos: o novo modelo de internato com a inclusão de nós, internos, no cenário da saúde mental. Desta forma, fomos inseridos na cidade do Carmo, RJ, a fim de acompanhar a dinâmica para lidar com essa área da saúde.

Fomos recebidos amigavelmente pela cidade e tivemos até um encontro com o prefeito em seu gabinete, somado a uma visita guiada ao hospital psiquiátrico Teixeira Brandão, que hoje se encontra desativado. Naquele momento, nos foi passado os nossos deveres e responsabilidades tanto para com a cidade como para a faculdade.

Assim, fomos subdivididos e cada estudante deveria acompanhar dois pacientes, devendo criar um plano de intervenção, ao fim das cinco semanas, para manter ou melhorar os cuidados para esses indivíduos. Desta forma, demonstrava ser de extrema importância conhecer o fluxograma da saúde mental na cidade do Carmo. Para satisfazer tal tarefa, deveríamos comparecer às seguintes atividades: aulas teóricas; visitas às

residências terapêuticas; acompanhamento dos atendimentos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e nos ambulatórios locais.

A princípio, essa inserção proposta pela faculdade parecia promissora. Porém, com o passar dos dias, tornou-se clara a fragilidade do que foi sugerido, pois sentimos, de certa forma, grande dificuldade em relação à base de conhecimentos prévios, principalmente quando se tratava de farmacologia psiquiátrica.

Um outro sentimento que marcou esse período foi o de que tudo parecia ser uma 'vitrine'. Por mais que alegassem que fazíamos parte do serviço de saúde, na prática isso não ocorria, pois vários projetos e propostas de intervenção não saíram do papel, servindo apenas como instrumento avaliativo.

---

***Entretanto, por mais que esse sentimento de “vitrine” estivesse presente, foi de certa forma positiva a tentativa de inserção do interno nesse cenário. Com essa experiência, nos foi possível avaliar e visualizar a história psiquiátrica dos grandes hospitais ‘manicomiais’ até o seu fim, com a transição para as residências terapêuticas que tem um âmbito muito mais humanizado.***

---

Diante do que foi exposto, estas cinco semanas que se passaram no Carmo tiveram seus prós e contras. Aquele sentimento de “vitrine” pode ser superado simplesmente com a maior convivência da equipe local com os alunos do Unifeso. Afinal, fomos o segundo grupo a se apresentar na cidade e isto

obviamente poderia gerar um certo grau de 'estranheza' em ambas as partes.

Por outro lado, o relacionamento com os pacientes e com a história que os rodeiam, sem dúvida, auxiliou em minha formação médica e pessoal, porque pude visualizar clássicos diagnósticos e seus manejos, além de aprender que lidamos com seres humanos, e assim, que temos o dever de respeitar e compreender até mesmo aqueles que não se encontram em total lucidez.

## RELATÓRIO DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Martha Abreu Caribé de Araújo Pinho

O meu 9º período da graduação do curso de Medicina foi estruturado de forma a contemplar o contato dos alunos com a Atenção Básica, cenário importante visto que, na grande maioria das vezes, é a porta de entrada dos pacientes aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). O período em que estive inserida nesse cenário, podendo vivenciar a rotina na Atenção Básica, foi dividido em dois momentos.

Inicialmente, dos dias 17 de julho a 18 de agosto de 2017, permaneci em uma Clínica de Saúde da Família (CSF) da Ilha do Governador, Rio de Janeiro, RJ. Considero que foi uma experiência ímpar na minha formação acadêmica, principalmente pela preceptora que nos estimulou do início ao fim, pois além de compartilhar conhecimentos médicos também nos ensinou como tratar e abordar os pacientes. O segundo momento de contato com a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi em Teresópolis, RJ, durante o período de 14 de novembro a 14 de dezembro de 2017, período mais curto, mas muito proveitoso também. Em ambos os cenários, foram realizados atendimentos de clínica médica, acolhimentos, pré-natal e puericultura, consultas do programa Hiperdia, visita domiciliar, campanhas de vacinação e grupos de gestantes. Tais cenários foram de grande importância, pois aprofundei ainda mais



o meu estudo em relação a doenças crônicas comuns na população e seu tratamento, como diabetes, hipertensão e dislipidemias, bem como manejo das gestantes e crianças.

Entre os cenários, foi possível perceber uma grande diferença em termos de recursos e ferramentas. Nas CSF do Rio de Janeiro, há um suporte tecnológico, dispondo de prontuários eletrônicos, aparelho de eletrocardiograma (ECG), sala para realização de pequenos procedimentos e sala de medicações endovenosas. Além disso, eram realizados, frequentemente, atendimentos de urgência e emergência, na forma de acolhimento, principalmente pela greve de um hospital próximo. Neste contexto, senti certa dificuldade em alguns atendimentos mais complexos, mas que, no final, serviram para trazer mais confiança à minha prática. Outro ponto importante é que a clínica era considerada mista, pois também contava com profissionais especialistas, como psiquiatra, otorrinolaringologista, ginecologista e obstetra e pediatra.

---

***Nas UBSF de Teresópolis, o atendimento era mais intimista, sendo possível notar que o baixo fluxo tornava a relação mais próxima, apesar da simplicidade de recursos em comparação às clínicas do Rio de Janeiro. Pode-se dizer que era possível realizar um atendimento de Atenção Básica de qualidade e resolutivo dentro das limitações. Foi um momento muito interessante, pois propiciou um estreitamento dos vínculos com os pacientes da região.***

---

Acredito que o intuito do nosso internato na ESF era fazer com que os alunos pudessem se aproximar da Atenção Básica, e me fez perceber que ela é capaz de resolver a grande maioria dos problemas da população em geral. Também me fez passar a valorizar o atendimento dos pacientes de forma global, sem fragmentações em diversas especialidades.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA: ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA COMO INTERNO DE MEDICINA NA UBSF DE TERESÓPOLIS E CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, NO RIO DE JANEIRO

Lucas Pinheiro Gregório

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) na qual realizei meu estágio acadêmico supervisionado era localizada na cidade de Teresópolis, RJ. Essa unidade ficava localizada em um bairro da periferia da cidade, atendendo uma variada gama de usuários, desde famílias mais carentes até pessoas com um poder aquisitivo satisfatório. Além disso, o perfil demográfico da população atendida constituía-se, majoritariamente, por pessoas mais idosas portadoras de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Outros perfis frequentes na unidade eram crianças e gestantes.

As consultas médicas eram realizadas, em grande parte, pela manhã e sempre precedidas de uma pré-consulta, em que eram aferidos peso, altura, índice de massa corporal (IMC), pressão arterial e, quando pertinente, glicemia capilar. As consultas eram realizadas por nós, acadêmicos, que atendíamos em dupla ou individualmente e, logo após o término do atendimento, recorriamos à nossa médica preceptora para definirmos juntos a melhor conduta e liberarmos o paciente.

Uma experiência que marcou minha trajetória durante esse período foi a tentativa de tratamento de um jovem que sofria de depressão, cuja dimensão da doença era tão intensa que o impedia de sair de casa para realizar qualquer atividade. A ferramenta que usamos para abordar o caso foi a visita domiciliar (VD), já que o paciente estava impossibilitado psicologicamente de sair do seu domicílio. Na primeira visita, notei que o caso era mais grave do que esperava, visto que o paciente estava em péssimas condições de higiene e se recusava, a todo custo, a interagir conosco, ou seja, um verdadeiro desafio. A mãe do rapaz relatou que já fazia dias que ele não tomava banho, meses sem cortar o cabelo e estava praticamente há um ano sem sair de casa, independentemente do que ela fizesse para que ele melhorasse. A partir desse dia, toda semana um grupo de quatro internos e um agente comunitário de saúde passou a fazer visitas regulares a esse paciente uma vez por semana.

---

**Recordo que, por volta da quinta ou sexta visita, o paciente resolveu interagir brevemente conosco e isso foi animador para mim e para toda a equipe envolvida. Nos encontros seguintes, focamos em tentar dar mais autonomia para o paciente e, então, ele decidiu que gostaria que as visitas fossem realizadas num horário mais tarde pela manhã, visto que preferia acordar tarde. Como a hipersonia é uma característica bem marcante da depressão maior, pactuamos com ele o horário de 11h da manhã. Respeitando esse acordo, ganhamos a confiança do paciente e o mesmo aceitou usar a terapia medicamentosa proposta por nós (cloridrato de fluoxetina – ISRS) sobre a qual era resistente.**

---

Após o início do tratamento medicamentoso e com orientações sobre um estilo de vida mais positivo, o paciente apresentou melhora progressiva do quadro, com ganhos cada vez maiores. Começou a tomar banho e a cuidar da própria higiene pessoal diariamente; voltou a ter uma relação mais harmoniosa com a mãe; depois de alguns meses de tratamento, voltou a sair de casa e retomou sua vida habitual. Na época, umas das preocupações do paciente era voltar a estudar, visto que ainda não tinha completado o ensino médio. Incentivamos o retorno à escola, e o paciente retomou sua rotina acadêmica. Até o momento em que permaneci acompanhando o paciente, ele continuava tomando a medicação e havia retomado sua rotina.

A Clínica de Saúde da Família (CSF) na qual realizei meu estágio supervisionado estava localizada na região do Cocotá, na Ilha do Governador, no município do Rio de Janeiro, RJ. Essa clínica foi inaugurada no segundo semestre de 2016 e contava com uma infraestrutura moderna e equipamentos não muito frequentes em outros serviços de Atenção Básica, incluindo: laboratório para análises clínicas; sala de radiografia; sala de ultrassonografia; e ainda contava com serviços como odontologia e aulas de educação física para a população idosa cadastrada no programa Hiperdia (para pacientes hipertensos e/ou diabéticos).

A população adscrita à clínica era bem volumosa e variada quanto a características socioeconômicas e de vulnerabilidade social. Os usuários eram divididos em microáreas, de acordo com o

princípio organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS) de territorialidade, o que favorecia um cuidado mais específico para as necessidades dos usuários em questão. Totalizavam-se cinco microáreas e cada uma tinha uma equipe constituída por um médico de Família e Comunidade, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Dentre os serviços ofertados à população constavam consultas de clínica médica, puericultura e consultas de pré-natal, além de consultas odontológicas, serviço de educação física e, em casos específicos, observação médica para pacientes com maior risco ou com necessidade de iniciar terapia intravenosa.

A experiência que mais me tocou no âmbito profissional foi a possibilidade de aprender a técnica de infiltração intra-articular de ombro e joelho. Essa técnica não era feita com muita frequência em serviços de Atenção Básica. Entretanto, como a médica preceptora da equipe da qual eu fazia parte tinha conhecimento e experiência nesse procedimento, sempre que preciso era solicitado. Após fazer umas três infiltrações bem-sucedidas com o auxílio da médica, a mesma passou a permitir que eu realizasse todo o procedimento sozinho, porém, sempre sob sua supervisão. Essa experiência me trouxe uma maior segurança em realizar infiltrações articulares, visto que é um procedimento invasivo e com potenciais riscos para o paciente se for mal realizado. Por esse motivo, muitos colegas médicos ficam receosos em realizar tal

procedimento em seus consultórios e geralmente encaminham o paciente a um ortopedista para efetivá-lo.

Ademais, tive a oportunidade de aprender e realizar outros procedimentos na CSF, que realmente agregaram valor à minha formação médica, tais como consultas clínicas e de puericultura, coleta de preventivo, consultas de pré-natal, introdução de dispositivo intrauterino (DIU), além do acompanhamento do serviço de triagem inicial do usuário, dentre outros.

00 01 10 0000  
11 0011 0000  
100 0110 0000  
111 0010 0000  
100 0110 0000  
111 0011 0000

