

Relatos de Prática - Vol 1

Experiências do acadêmico de *saúde*

no mundo do trabalho

MEDICINE
HEALTH
TREATMENT
DOCTOR
SURVEY
RECIPE

MEDICINE

MEDICINE
HEALTH
TREATMENT
DOCTOR
SURVEY
RECIPE

... is not simply random text.
... literature from 45 BC, making
... Clitock, a Latin professor at

ORGANIZADORES

Alba Barros Souza Fernandes

Leonardo Possidente Tostes

Mariana Beatriz Arcuri

RELATOS DE PRÁTICA - VOL 1

**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 1. Experiências do acadêmico de saúde no mundo do trabalho. / Alba Barros Souza Fernandes, Leonardo Possidente Tostes, Mariana Beatriz Arcuri, Andréa de Paiva Dóczy (organizadores). --- Teresópolis: Editora Unifeso (Coleção FESO), 2019.

ISBN: 978-85-93361-37-1
156p.

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

EDITORA UNIFESO

Avenida Alberto Torres, nº 111

Alto - Teresópolis - RJ - CEP: 25.964-004

Telefone: (21)2641-7184

E-mail: 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

Kátia Cristina Montenegro Passos
Pró-Reitoria Acadêmica

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

PREFÁCIO

Na qualidade de coordenador do curso de Medicina que passou pela organização deste importante momento de transformação do módulo de Atenção Básica, sinto-me feliz em poder escrever estas palavras no prefácio deste livro, que relata este desafio.

O curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos (Unifeso) sediado em Teresópolis RJ, tem incorporado no seu projeto de formação médica, o estágio curricular em serviço em regime de internato, realizado em dois anos desde 2009, e já anos antes desta data, tínhamos importante presença deste tempo do internato nos espaços de Atenção Básica, com ênfase na Medicina de família e comunidade como significativa área de atenção na construção do currículo médico, objetivando a formação de um médico mais efetivamente integrado às novas necessidades da atenção à saúde em nosso país.

Nossas inserções se faziam totalmente no município de Teresópolis, nas unidades básicas de saúde da família. Porém, com o passar do tempo a ampliação desta inserção se fez necessária, levando a uma maior exposição dos nossos estudantes a esta nova especialidade médica, ainda pouco compreendida em nosso país. Nessa época existia um momento de instabilidade política importante no município com uma deterioração da qualidade da Atenção Básica, que tinha uma cobertura baixa da população para

estas ações, além de um processo de rotatividade elevada entre alguns profissionais da rede, gerando momentos com equipes incompletas e profissionais pouco confortáveis na atuação desta especialidade - momento de dificuldade na construção de um currículo adequado às novas demandas para nossos alunos.

Identificada esta dificuldade partimos para prospecção e inserção em novos espaços de prática de Atenção Básica, identificamos a parceria e iniciamos inserções no município do Rio de Janeiro, que à época vinha em processo de ampliação de sua rede, com programas de residência médica na área, através da Clínicas de Saúde da Família. Sem deixarmos algumas Unidades de Teresópolis que mantinham elevada qualidade de atuação, passamos a fazer um rodízio entre cenários do Rio de Janeiro e Teresópolis, permitindo aos nossos estudantes, experiências ímpares nesta área de atuação médica. Fazíamos o transporte destes estudantes em ônibus fretados pela escola e com fornecimento de uma ajuda para sua alimentação durante o estágio. Implantamos um processo de supervisão permanente, objetivando o cumprimento de nosso currículo e evoluindo no processo de avaliação destes momentos. Detectamos a qualidade dos cenários, a evolução do estudante e o comprometimento do preceptor de campo.

O resultado do cuidado desta inserção se reflete em narrativas feitas pelos estudantes pertencentes à chamada "turma 87", trazendo para nós o resultado do trabalho e da dedicação do

curso pela qualificação da formação em serviço e pelos seus alunos, tendo se optado por publicar um conjunto de narrativas neste livro, onde se vê o crescimento dos nossos estudantes, não apenas nos conhecimentos técnicos, mas também de forma importante nos valores de humanização da Medicina, com foco nas pessoas e não apenas nas doenças.

Prof. Manoel A. G. Pombo

Coordenador do Curso de Graduação em Medicina do Unifeso

AUTORES - TURMA 87

1. Aline Casadei de Campos
2. Ana Cláudia Mendonça Coelho
3. Ana Paula Fernandez Meyer
4. Arthur Rodrigues Torrelío
5. Beatriz Castro de Sousa
6. Beatriz Pereira Cunha
7. Bruna Noviello Ribeiro
8. Carlos Eduardo Andrade Alves
9. Diogo Rocha de Souza
10. Ethel Muniz Hissa Elian
11. Fernanda dos Santos Ribeiro
12. Flamaryon Ribeiro Nogueira
13. Iago Nery Leite
14. Igor Gomes Breguez Rocha
15. Igor Goulart Haddad
16. Leonardo Araújo Marques
17. Linda Hanna Abboud Quintão
18. Lorena Santana Calderon
19. Lucas Guimarães Nascimento
20. Manuella Costa Santana da Silva
21. Marcela Lima Paoliello Lopes
22. Maria Angélica Martinez Pajaro
23. Maria Luíza Souza de Siqueira
24. Mariana Fernandes Pereira
25. Mariana Teixeira Groppo de Oliveira
26. Mayke Lima da Costa
27. Monise Vergara Marins
28. Natan Soares Silveira
29. Poliana Trabuco de Oliveira
30. Rafael Costa de Araujo Costa
31. Rafael Vinicius Quintino
32. Rafaela Regina Silva
33. Ricardo Vitor Paiva
34. Ronaldo Oliveira
35. Rui Henrique de Cesaro
36. Thais de Andrade Lavoratti
37. Thaís Menezes Abreu
38. Victor Hugo da Costa Palatnic

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - O SUS COMO ESCOLA

O Internato em atenção básica influenciando no crescimento pessoal e profissional _____ 16

Aline Casadei de Campos

Aprendi a ser médica em cada visita domiciliar _____ 21

Ana Paula Fernandez Meyer

Integralidade em Saúde da Família _____ 25

Arthur Rodrigues Torrelio

Rafael Costa de Araujo Costa

Médica de postinho, sim senhor _____ 30

Ethel Muniz Hissa Elian

Um novo olhar _____ 33

Linda Hanna Abboud Quintão

Medicina, um caso de Amor _____ 40

Manuella Costa Santana da Silva

O fazer em saúde: Um novo olhar sobre a atenção primária e a humanização da assistência _____ 44

Maria Luíza Souza de Siqueira

Diferentes panoramas da estratégia de saúde da família no Estado do Rio de Janeiro _____ 50

Mariana Teixeira Groppo de Oliveira

Indistintamente enriquecedor _____ 55

Monise Vergara Marins

CAPÍTULO II - IMPACTOS DA REALIDADE

A realidade bate à porta _____ 62

Ana Cláudia Mendonça Coelho

Ingressando no internato _____ 66

Marcela Lima Paoliello Lopes

Por dentro da Saúde da Família _____ 69
 Ronaldo Di C C de Oliveira

Realidades diferentes, mesmas necessidades _____ 72
 Thaís de Andrade Lavoratti

CAPÍTULO III - RELATOS DO QUE VIVI

Uma paciente e seu todo _____ 78
 Beatriz Pereira Cunha

Falando do que vivi na minha atuação como interna do Unifeso na atenção básica (Teresópolis e Rio De Janeiro) _____ 82
 Bruna Noviello Ribeiro

Falando do que vivi na minha atuação como interno do Unifeso na atenção básica (Teresópolis e Rio De Janeiro) _____ 85
 Carlos Eduardo Andrade Alves

Relato de experiência na atenção básica: comparação entre os municípios de Teresópolis e Rio de Janeiro _____ 88
 Iago Nery Leite
 Igor Goulart Haddad

Realidades distintas _____ 91
 Mayke Lima da Costa

Relato sobre a inserção na Clínica de Saúde da Família _____ 95
 Rafael Vinícius Londero Quintino dos Santos

Relato de experiência do Internato eletivo _____ 100
 Leonardo Araújo Marques

Relato de experiência Internato eletivo no serviço de Anestesiologia _____ 103
 Natan Soares Silveira

CAPÍTULO IV- CAMPO DE PRÁTICA, CAMPO DE APRENDIZADO

As experiências na Atenção Básica durante o internato _____ 106
 Fernanda dos Santos Ribeiro

Uma experiência em Clínica da Família no Rio de Janeiro e seus desafios práticos, culturais e financeiros _____ 110

Flamaryon Ribeiro Nogueira

Experiência na Atenção Básica _____ 113

Rafaela Regina Silva

O choque de realidade dos *muitos* SUS _____ 116

Ricardo Vitor Paiva

Relato de experiência do internato do Unifeso na Atenção Básica _____ 122

Diogo Rocha de Souza

Thaís Menezes Abreu

Minha experiência como interno na Atenção Básica de Teresópolis _____ 128

Victor Hugo da Costa Palatnic

CAPÍTULO V - RELATOS DO QUE APRENDI

Uma Atenção Básica, duas práticas complementares _____ 132

Beatriz Castro de Sousa

Relato de experiência no cenário de Medicina da Família e Comunidade _____ 135

Igor Gomes Breguez Rocha

Rui Henrique de Cesaro

Estágio na Atenção Básica, a experiência de um interno de Medicina nas Clínicas de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde no Estado do Rio de Janeiro _____ 138

Lorena Santana Calderon

A experiência na Atenção Básica de Teresópolis e Rio de Janeiro por um interno de Medicina _____ 142

Lucas Guimarães Nascimento

Redescobrimo nossos caminhos _____ 148

Maria Angélica Martinez Pajaro

Mariana Fernandes Pereira

Atuação do interno médico na Atenção Básica _____ 152
Poliana Trabuco de Oliveira

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

Jorge Larrosa, 2014

CAPÍTULO I

O SUS COMO

ESCOLA

O INTERNATO EM ATENÇÃO BÁSICA INFLUENCIANDO NO CRESCIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL

Aline Casadei de Campos

Sou Aline Casadei de Campos, interna do curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos (Unifeso), localizado em Teresópolis-RJ. Durante o meu primeiro semestre do internato, no 9º período do curso, fui inserida para atuar na Atenção Básica em Teresópolis. As Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) atendem aos princípios organizacionais de regionalização e hierarquização do Sistema Único de Saúde (SUS); ou seja, os serviços de saúde devem ser confinados a uma determinada área geográfica para atender a uma determinada população (o bairro, por exemplo), e serem organizados em níveis crescentes de complexidade (nesse caso, as UBSF compõem a atenção primária à saúde).

Na unidade em que estive há atuação de médico, internos de Medicina, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Também são realizadas consultas de clínica médica, pré-natal, pediatria e puericultura. Toda a equipe trabalha cooperativamente para a realização do grupo de hipertensão e diabetes (Hiperdia), cuja finalidade é ter consultas especializadas acerca dessas patologias e orientações sobre estilo de vida. Também há, nessa unidade, a distribuição de medicamentos, realização de

campanhas de vacinação e visitas domiciliares para a busca ativa de pacientes e para não deixar aqueles que têm dificuldade de deslocamento sem atendimento. Depois, fui inserida em outra unidade que, além da atuação de profissionais e prestação de serviços já mencionados, também há dentistas e consultório odontológico para a população.

Além disso, também tive a experiência de conhecer, por um dia, o cotidiano e os serviços prestados nas Clínicas de Saúde da Família (CSF) na Ilha do Governador, no Rio de Janeiro.

Durante meu internato nas UBSF de Teresópolis, pude colocar em prática todo o meu conhecimento médico adquirido durante a graduação até aquele momento, além de desenvolver o lado humanitário do atendimento médico, enxergando o paciente como um ser biopsicossocial, que necessita de atenção em todos os âmbitos de sua vida. Também adquiri novos conhecimentos, importantes para a profissão, e participei das consultas de clínica médica, pré-natal, pediatria e puericultura, grupos de Hiperdia, campanhas de vacinação e visitas domiciliares.

Tive autonomia para decidir terapêuticas para o paciente, mas sempre com meu preceptor disponível para me orientar, tirar minhas dúvidas e me corrigir quando necessário.

Passsei por situações um tanto quanto difíceis, que até então eu nunca havia experimentado, como dar más notícias ao paciente que se encontrava aflito acerca de sua doença (na ocasião, uma neoplasia maligna de pulmão). Compadeci-me do sentimento do paciente e levei aquela consulta da maneira mais cuidadosa

e humana possível, orientando o paciente quanto ao acompanhamento da doença e me disponibilizando a sanar suas dúvidas.

Também passei, por várias vezes, pela situação em que pacientes diziam não estar disponíveis naquele momento o exame ou medicamento que eles necessitavam. Somando-se a isso, tem a dificuldade econômica desses pacientes, que não podem comprar o medicamento que lhes era importante. Surpreendeu-me, durante as visitas domiciliares, a triste realidade da população teresopolitana. Como já mencionado, uma importante parcela é composta por pessoas carentes econômica e socialmente (alguns analfabetos, o que demandava um maior cuidado na hora de explicar como tomar o medicamento, usando maneiras de melhor compreensão para eles, como, por exemplo, desenhos para mostrar a hora que deveriam tomar a medicação). Pude perceber que a população é bem receptiva conosco, equipe da UBSF, durante as visitas domiciliares, procurando tirar suas dúvidas.

O funcionamento das UBSF de Teresópolis era apenas para consultas, orientações à população e procedimentos simples, tais como vacinação e coleta da colpocitologia oncótica (popularmente conhecida como “exame preventivo” ou “Papanicolau”). Exames como hemograma e radiografias não são realizados nessas UBSF, sendo os pacientes encaminhados para ambulatórios da cidade.

Diferentemente, a CSF do Rio de Janeiro, local onde há maior demanda e fluxo de pessoas, eu pude perceber que funciona

com maior complexidade (apesar de ainda ser uma unidade de atenção primária à saúde). Nessa CSF, são realizados exames de sangue, radiografias e eletrocardiogramas, o que é melhor para a população, pois evita deslocamentos em longas distâncias, gastos com condução e desgaste físico-emocional. Devido à maior demanda, na CSF Maria Sebastiana também há um maior número de profissionais atuando (profissionais estes que foram muito receptivos, atenciosos e respeitosos com os internos do Unifeso). Senti-me muito bem acolhida tanto pelos profissionais do local quanto pelos pacientes.

Porém, algo que me deixa pensativa é a falta de recursos, várias vezes presenciada por mim e meus colegas, que é reflexo da realidade econômica que vivemos no Brasil. Exames e medicamentos em falta, que muitas vezes são imprescindíveis para a população, prejudicando ou impedindo o seguimento de determinado paciente.

Por fim, posso concluir que o internato em Atenção Básica foi uma etapa muito importante na minha formação profissional. Foram seis meses tendo um contato maior com a população, podendo fazer um acompanhamento mais próximo dos pacientes e podendo estudar e compreender as doenças mais prevalentes (como hipertensão, diabetes, doenças renais e respiratórias, entre outras). Também construí laços de amizade com os profissionais das UBSF em que atuei. Sempre nos tratamos com muito respeito e colaboramos um com o outro para que o serviço fluísse da melhor maneira para nós e para a população. Posso afirmar que o

internato é uma fase que me fez crescer como profissional e como pessoa, pois é uma constante troca de aprendizado com os demais profissionais de saúde e com os pacientes.

APRENDI A SER MÉDICA EM CADA VISITA DOMICILIAR

Ana Paula Fernandez Meyer

No 9º período de nossa faculdade Unifeso, tivemos a oportunidade de vivenciar dois cenários completamente diferentes, divididos entre as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) de Teresópolis e as Clínicas de Saúde da Família (CSF) do Rio de Janeiro.

Em Teresópolis, realizei atendimento médico por cinco semanas junto com alguns colegas sob supervisão médica. Apesar de ser pouco tempo frequentando a unidade, posso apontar alguns pontos positivos e outros negativos.

Um fator que me chamou muita atenção foi a não realização de visita domiciliar devido à ausência de carro da prefeitura, ou seja, existem pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção que não estão recebendo atendimento médico adequado há bastante tempo, e isso foi uma grande frustração para mim.

Outro fator que não é novidade nas unidades de Teresópolis é a ausência de uma farmácia adequada. Dessa forma, alguns pacientes, inclusive aqueles com dificuldade de locomoção, precisam percorrer longas distâncias para adquirir o medicamento em outra unidade ou pagar pelos mesmos.

Toda semana havia um dia específico para o atendimento às gestantes, o qual, na minha opinião, era impecável, sempre realizando exame físico completo, ausculta dos batimentos fetais, requisição de exames complementares adequados e, principalmente, a gestante poderia chegar a qualquer hora do dia que haveria atendimento para ela. Havia também muito atendimento aos idosos, e o que mais me preocupava era em relação ao entendimento da prescrição dos medicamentos e das datas para realizações de exames, visto que muitas vezes esses pacientes pareciam confusos. Dependendo do idoso, os médicos poderiam optar pela presença de acompanhantes durante a consulta, seja familiar ou alguém próximo.

No Rio de Janeiro, nas Clínicas de Saúde da Família (Ilha do Governador), tive a impressão de que a equipe estava mais preparada para receber os pacientes, tanto pela maior comunicação e integração entre os profissionais (enfermeiro, agente comunitário, diretor, secretário) quanto pelos prontuários eletrônicos que temos acesso durante as consultas, o que agiliza e otimiza os atendimentos.

A CSF abrange quatro grandes áreas e cada uma possui seu próprio médico, enfermeiro e agente comunitário. Isso é uma grande vantagem, pois divide o número de atendimentos e cada equipe fica responsável por um determinado grupo de pacientes. Outro fator que vale a pena comentar é que o sistema eletrônico, além de facilitar o atendimento, permite agendar

instantaneamente exames complementares, de forma que o paciente sai da consulta com seu horário e dia confirmados.

Uma vez por semana, ocorrem as visitas domiciliares, sempre acompanhadas por um médico e um agente comunitário e, se necessário, um outro profissional fica responsável pela coleta de sangue na própria residência do paciente.

Teve uma família que me chamou muita atenção. Uma mãe, que aparentemente foi (ou ainda é) usuária de drogas, deu à luz a duas crianças; a mais velha com 14 anos, atualmente, e a outra com 11 anos. Ambas nasceram com um déficit neurológico grave, vivem acamadas desde o nascimento e se alimentam somente com alimentos pastosos. A criança mais velha possuiu uma gastrostomia para receber alimentos. Ambas fazem acompanhamento com um fisioterapeuta e parece que o prognóstico do menino mais novo é mais favorável que o do mais velho. Tanto a médica quanto a agente comunitária que estavam lá viram uma grande melhora nele, e muito provavelmente ele poderá andar, o que me comoveu bastante.

Além do clínico, existem outras profissionais, como pediatra, obstetra, psicólogo, dentista e profissional de educação física, além de sala para realização de audiometria, eletrocardiograma, vacinação e um centro especializado para cuidados de crianças com alguma limitação. Fiquei fascinada de como esses outros profissionais interagem com os clínicos, permitindo o cuidado do indivíduo como um todo. Além disso, na própria unidade, temos a Academia Carioca, que sob supervisão de um profissional de educação física, qualquer

paciente pode iniciar atividades físicas diárias, depois, é claro, de passar por uma avaliação médica. Na chamada sala de procedimento, ocorriam as pré consultas, testes rápidos para sífilis, HIV e hepatite B e testes de gravidez, que sempre nos davam resultados instantâneos quando era necessário. Além disso, também havia medicamentos endovenosos caso algum paciente tivesse necessidade.

Teve um caso em que o paciente tinha queixas compatíveis com sífilis. Pedimos o teste rápido, veio positivo e imediatamente iniciamos o tratamento.

Em relação à farmácia, a maioria dos medicamentos poderia ser retirada lá e toda semana eu via novos carregamentos de remédios chegarem. Além disso, lá poderia ser feito o tratamento de sífilis, tuberculose e HIV.

Enfim, posso dizer que passar por essas duas experiências contribuíram muito para a minha formação médica e pude ver como ambas as cidades são diferentes em termos de Atenção Básica. Pude concluir que, infelizmente, nem sempre teremos em mãos as ferramentas necessárias para dar uma assistência médica merecida, porém, uma clínica boa, um exame físico de qualidade e ser um simples ouvinte dedicado e comprometido do paciente, as vezes é o mais importante.

INTEGRALIDADE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Arthur Rodrigues Torrelio
Rafael Costa de Araujo Costa

Estivemos inseridos como internos na Clínica de Saúde da Família (CSF) na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, e na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) de Teresópolis, no mesmo estado, por cinco semanas em cada localidade.

Como primeira observação, foi de fácil percepção que o objetivo de cada unidade é diferente, assim como o público que abrange, tanto em população relativa quanto em suas características. No Rio de Janeiro, a CSF engloba área geográfica com densidade populacional elevada, de alta criminalidade e de risco. Esta unidade realiza tanto atenção contínua em saúde quanto atendimento de urgências médicas e também realiza o chamado acolhimento. Conta com diversos profissionais, como fonoaudiólogo, psiquiatra, psicólogo, pediatra, ginecologista, obstetra e cirurgião dentista, melhorando o suporte aos pacientes. Periodicamente, são realizados palestras e encontros com grupos para gestantes, diabéticos, hipertensos e planejamento familiar.

Veza por outra, a unidade abre espaço para exposição e venda de artigos manufaturados pelos usuários, em sua maioria artesanato e produtos alimentícios, como uma forma de aproximar a população da porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Nesses momentos, são organizadas palestras sobre temas em

saúde de maneira mais extensiva. Assim, fica evidente a complexidade da CSF.

No que concerne à acessibilidade, a CSF do Rio de Janeiro, embora localizada em local de grande densidade populacional, não possui grande abrangência geográfica, facilitando o acesso do usuário. Em contrapartida, na UBSF de Teresópolis, grande parte dos usuários necessita se deslocar a grandes distâncias em busca de atendimento.

Também comparativamente, via de regra, os pacientes da CSF aparentam possuir maiores limitações em quesitos específicos. Residem em habitações insalubres, em locais de alto risco, sem saneamento básico e, notadamente, grande parte da comunidade não exerce atividades remuneradas que possam mitigar a situação de desvantagem em que vivem. Economicamente, julgamos serem mais desfavorecidos que os usuários de Teresópolis. Estes, em sua totalidade moradores de área rural, majoritariamente vivem da subsistência familiar, consumindo e vendendo o que produzem. Residem em habitações humildes, porém, com o entorno muito mais propício à manutenção da saúde, mesmo não tendo acesso a todos os direitos assegurados pela Lei do Saneamento Básico.

Em Teresópolis, as experiências foram restritas. Trata-se de uma unidade de porte pequeno, que atende a uma população menos densa, grande parte rural. Na unidade, funciona atendimento diário de clínica médica, sem suporte de outra

especialidade, e acompanhamento odontológico. Porém, não tivemos oportunidade de observar o funcionamento, uma vez que a profissional se encontrava de licença e não havia substituição. Constatamos que a unidade é mais limitada, atendendo a alguns princípios do SUS, como universalidade, equidade e hierarquização. Entretanto, em nossa concepção, falha totalmente na integralidade.

Tivemos muitas experiências relevantes no Rio de Janeiro. Na CSF, nossa preceptora estava presente em todas as consultas. Não éramos meros operários e, ao final de cada atendimento, a profissional discutia conosco a conduta, fisiopatologia e fisiologia, de maneira que nos fomentava a buscar conhecimento, sanar dúvidas, pesquisar e nos aprofundar em assuntos abordados no dia.

Apesar da falta de recursos, salas para atendimento e profissionais sobrecarregados de pacientes, a CSF conta com o SISREG, Sistema Nacional de Regulação, tanto para registrar anamnese e exame físico quanto para regular os pacientes para outras unidades de maior complexidade. Também podia contar com a excelência de seus profissionais, sempre preocupados em fazer o melhor por seus pacientes e em ouvir seus relatos.

Dessas experiências, certamente aprendemos como que atitudes distintas podem influenciar na saúde do paciente. Uma atitude descompromissada e omissa do profissional coloca em risco a vida do paciente e dos que o cercam, enquanto que o bom profissional, em consonância com suas responsabilidades

e respeito pela vida humana, consegue resultados promissores na comunidade em que atua.

Dar atenção ao paciente é fundamental, visto que ouvir suas queixas pode mostrar um diagnóstico ou situação social que não seria revelado ao médico se este não possuir tal atributo.

De fundamental importância, são os agentes de saúde, que trazem para os profissionais da unidade informações socioeconômicas importantes para o acompanhamento integral dos pacientes. Em ambos os municípios, notamos este papel nas visitas domiciliares. No Rio de Janeiro, tivemos experiências mais marcantes nessas visitas, em função das condições socioeconômicas de miséria, violência e marginalização.

Em uma dessas visitas, um paciente idoso, surdo, vivia acamado, maltratado por seu filho, usuário de drogas. Este ministrava a seu pai todas as medicações de uma só vez, sem se preocupar com horários, além de sujeitá-lo a péssimas condições de higiene. Nós, estudantes, em conjunto com a médica e agentes comunitários, ajudamos a organizar toda medicação, substituir algumas por outras disponíveis gratuitamente no SUS, marcamos audiometria e exames. Dias após, seu filho compareceu à unidade, rasgou a receita nova e foi embora ofendendo a equipe.

Aquele episódio nos mostrou que não só o idoso precisava de cuidados, mas também seu filho, e por mais difícil que a situação possa parecer, nos serviu para confirmar que nossa atuação deve estar voltada para a sensibilidade de perceber que muitas vezes

vamos nos deparar com situações onde o cuidado deve ser ampliado, que a família deve ser tratada como um todo.

Sendo assim, as experiências que tivemos nas duas unidades foram de grande impacto em nossa formação. Estar na posição do médico, conduzindo anamnese e exame físico, mesmo que sob supervisão, trouxe dúvidas de assuntos que já estudamos, o que nos forçou a revê-los. Esta é a eterna espiral construtivista presente na vida dos médicos. Tão importante quanto o conteúdo acadêmico, neste período, tivemos a oportunidade de desenvolver uma das habilidades mais importantes, que é a partir do que o paciente nos diz, formular hipóteses diagnósticas, considerar a esfera socioeconômica do paciente, e tratar dele como um todo.

MÉDICA DE POSTINHO, SIM SENHOR

Ethel Muniz Hissa Elian

O presente relato tem como base minha experiência como interna em Medicina da Saúde da Família e Comunidade em dois lugares distintos. O primeiro é a Clínica de Saúde da Família (CSF) localizada na Ilha do Governador e o segundo é a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), localizada em Teresópolis. Ambos os modelos têm como objetivo focar nas ações de prevenção, promoção da saúde e diagnóstico precoce das doenças, servindo como porta de entrada do paciente para o sistema de saúde. Porém, a forma como tais ações tem sido pensada e executada é o foco do meu relato.

Cronologicamente, comecei minha vivência como interna em saúde da família na CSF. Já de início, foram muitas surpresas positivas, a começar pela forma como fomos recebidos pelos preceptores. Faz toda a diferença quando se percebe que a preceptoria pensou e planejou a chegada e a dinâmica dos alunos no cenário. Tal comportamento não é uma casualidade e tem como explicação o fato dos preceptores serem formados em Saúde da Família. Assim, conceitos fundamentais que embasam todas as ações em atenção básica, como o "acolhimento", são de fato interiorizados pelos profissionais e extrapolados para outras esferas, como por exemplo, a forma com que nos receberam e nos ensinaram.

No dia da recepção, me marcou a fala de uma médica, que tinha orgulho de dizer que era "médica de postinho". Ao brincar com essa expressão, ela reforçou outro ponto positivo da experiência na CSF, que era o fato dos profissionais entenderem a importância do que fazem e valorizarem a função e o impacto da saúde da família nas comunidades.

Como desdobramento desse entendimento, fomos tendo contato com diversos conceitos novos e fundamentais para aprofundarmos nossa compreensão da atuação dos médicos na atenção básica. Por exemplo, a ideia de descentralização da responsabilidade do médico em relação a saúde do paciente, tornando-o protagonista da promoção da sua própria saúde. Além disso, a individualização e a ampliação das abordagens, vendo o paciente como um indivíduo único, composto pelo ser social, mental e orgânico (biopsicossocial).

Quando retornei para Teresópolis, e fui alocada na UBSF tive a sensação de estar voltando no tempo, em todos os aspectos: desde a estrutura física da unidade, passando pela forma como se deu nossa participação até a maneira com que os profissionais que ali trabalhavam entendiam o que era saúde da família.

Meu primeiro choque foi quando chegamos para atender os pacientes e, simplesmente, na sala, tinham duas mesas de atendimento e uma maca para exame físico. Dessa forma, dois pacientes eram atendidos ao mesmo tempo, na mesma sala. Nesse momento, toda a ideia de acolhimento e compreensão do paciente como um ser integral e com abordagens específicas e amplas era descartada.

Em outro aspecto, pude perceber como a relação médico paciente ainda está pautada na medicalização, troca de receitas e foco no médico como responsável único pela saúde dos pacientes. Em diversas consultas, o paciente saía com o receituário pleno de medicação, inúmeros encaminhamentos e, o mais surpreendente, com sua queixa principal sem qualquer abordagem significativa.

Enfim, minha percepção geral da experiência em Teresópolis foi de um sistema de saúde básica sucateado, empobrecido em potencialidade de ação e, principalmente, composto por profissionais que não incorporaram a importância e a dimensão das ações de saúde da família.

Dessa forma, posso dizer que ambas as experiências foram fundamentais no meu processo de aprendizado e crescimento enquanto acadêmica de Medicina. Através das disparidades e das experiências nas diversas realidades, pude entender o quanto ainda é desafiadora a concretização dos princípios da saúde da família.

UM NOVO OLHAR

Linda Hanna Abboud Quintão

Antes de começar essa narrativa, preciso dizer que sempre fui preconceituosa em relação aos médicos que trabalham em Unidades Básicas de Saúde e hoje, após essa experiência, saio com outro olhar a respeito do médico de família e todos os funcionários envolvidos.

Minha experiência na atenção básica de saúde ocorreu primeiro em Teresópolis e durou cinco semanas, sendo realizada em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), localizada na zona rural da cidade. Posteriormente, fiquei mais cinco semanas em uma Clínica de Saúde da Família (CSF) na Ilha do Governador, no Rio de Janeiro.

Quando cheguei na UBSF de Teresópolis, me deparei com uma equipe pequena, composta por uma médica (não especializada na área de saúde da família) e uma enfermeira ginecologista, que faziam o atendimento, além de agentes de saúde e uma secretária, que parecia organizar toda a burocracia do local. Era um ambiente totalmente formado por mulheres e, com exceção da enfermeira, todas pareciam estar naquele local por “falta de opção” e como se fosse um emprego temporário, só até terminar a faculdade ou entrar na residência médica. Fisicamente, a UBSF é formada por três consultórios, sala de vacina, recepção, banheiro e refeitório.

Atendendo, descobri que não “parava” médico na unidade e que isso incomodava os pacientes, uma vez que embora existisse um prontuário relatando tudo sobre as consultas, não era criado um elo entre eles e o “doutor”. Com o tempo, claro, a atual médica ia conseguindo conhecer e se aproximar dos moradores do local e criar um elo com eles. Assim, além de ganhar a confiança dos usuários, conseguia dar um real seguimento no tratamento e realizar uma intervenção nas famílias de risco. Isso até trocar de profissional novamente. Durante as visitas domiciliares, percebi que existia um elo entre as agentes comunitárias e os pacientes, mas esse contato não era tão próximo.

Durante as consultas, consegui observar que o objetivo do profissional de saúde ali era resolver questões simples, como renovar receitas; tratar diabetes, hipertensão e dislipidemias; passar exames de rotina para ver a saúde do paciente, além da saúde da mulher. Qualquer coisa que não fosse isso era referenciada ao ambulatório de especialidade. Percebi, também, algumas precariedades na saúde pública de Teresópolis. Por exemplo, a inexistência do aparelho de eletrocardiograma para que esse exame possa ser feito de forma eletiva. Dessa forma, pacientes precisavam pagar para realizá-lo, o que, teoricamente, infringia um dos princípios do SUS, a integralidade, que garante cobertura total das ações de saúde, independente da natureza ou do nível de complexidade do serviço.

Posteriormente, fui para uma CSF no Rio de Janeiro, a qual faz jus ao nome. Em um primeiro contato com nosso preceptor, ele nos contou porque havia escolhido Saúde da Família com a seguinte narrativa: “Durante os cinco primeiros anos de minha faculdade, vi os médicos muito preocupados em cuidar de um rim, de um pâncreas, de um fígado... No meu sexto ano, quando conheci a atenção primária, entendi que o ser humano é mais que um conjunto de órgãos, que um ser humano também é mente, que ele está inserido em uma comunidade e em uma realidade totalmente diferente da minha. Quando descobri isso, percebi que queria cuidar mais que de um rim, de um pâncreas ou de um fígado, que queria cuidar do ser humano como um todo”. Após esse primeiro contato, percebi que estava diante de um ambiente diferente do que estava acostumada.

Fomos apresentados à clínica, que tinha várias equipes, cada uma encarregada de cuidar de um determinado território da região. Cada equipe era composta por um médico e dois residentes em saúde da família, um enfermeiro e os agentes comunitários. Além dos consultórios, existia ainda a sala de vacina, sala dos agentes (onde eles atualizam as questões relacionadas à saúde dos moradores da região no sistema), consultório odontológico, sala de observação, sala de procedimentos, sala de curativo, farmácia, um auditório onde se faziam projetos com pacientes (como encontro de pacientes com dor crônica), sala para realização de exames laboratoriais, entre outros espaços físicos, como

refeitório para os funcionários, banheiros, administração e sala de reuniões.

De forma resumida, percebi que os pacientes chegavam à unidade e iam direto ao “guichê” da sua região, onde havia um agente de saúde trabalhando como “secretário” e organizando as demandas de sua região. Nesse guichê, o paciente informava para a que veio e era encaminhado, de acordo com sua necessidade, para ser atendido pelo médico ou pelo enfermeiro. A seguir, o profissional buscava fazer um “esgotamento de queixas”, ou seja, além de tratar o motivo da consulta, ainda buscava resolver qualquer outro incômodo que existisse, fosse um problema orgânico ou psicológico. Fazia um exame físico completo e todos esses dados coletados ficavam salvos no sistema. Ao final da consulta, o paciente já saía com os pedidos de exames, dos quais a maioria poderia ser realizada ali na clínica mesmo. Quando havia necessidade de realização de exames mais complexos ou encaminhamento para um serviço mais especializado, já ocorria o agendamento pelo SISREG (Sistema Nacional de Regulação). Além disso, esse paciente ia direto à farmácia da unidade pegar o medicamento prescrito.

Em casos de emergência, como crise hipertensiva ou cortes extensos, esses pacientes eram encaminhados para a sala de observação, onde, no primeiro caso, eram medicados e ficavam em observação até melhorarem. No segundo caso, eram encaminhados para a sala de procedimento, onde faziam a sutura.

Uma observação importante: o exame de eletrocardiograma que não era oferecido de forma eletiva em Teresópolis estava à disposição de todos os pacientes que chegavam na clínica, tanto daqueles que chegam em crise como dos marcados previamente.

A principal diferença que pude perceber entre os profissionais dos modelos antigos de UBSF e os da CSF era o que os levaram a trabalhar nesses ambientes. No primeiro caso, tínhamos pessoas que não se especializaram em saúde da família e que, na realidade, estavam nesses empregos de forma passageira. No segundo caso, havia profissionais com amor ao que faziam, médicos que fizeram residência na área, além de agentes comunitários e enfermeiros que prestaram concurso para ocuparem o cargo. Isso refletia, de forma muito clara, no funcionamento do serviço. No Rio de Janeiro, encontrei profissionais mais empenhados, mais dispostos e, principalmente, mais alegres. Não poderia deixar de ressaltar também a diferença cultural e geográfica dos dois ambientes vividos. Em Teresópolis, atendi pacientes da zona rural, humildes e, em sua maioria, com baixo grau de escolaridade. Na Ilha do Governador, como a unidade que trabalhei se localizava em frente ao complexo do Morro do Dendê, pude me relacionar com pessoas que nasceram e cresceram na periferia e que traziam queixas diferentes das relatadas pelos pacientes da zona rural da primeira experiência. Nessa unidade, encontrei pacientes vítimas de abuso sexual e usuários de drogas, como também atendi pessoas com boa

condição financeira e plano de saúde, mas que preferiam ser atendidas na clínica tanto pela rapidez e praticidade do sistema quanto pela proximidade.

Gostaria de ressaltar que essas experiências me ajudaram a ter uma melhor noção de como funcionam os três níveis de atenção à saúde no Brasil e a entender a necessidade dessa descentralização para o melhor atendimento à população. Compreendi e vi na prática que o setor primário, representado pelas Unidades Básicas de Saúde, é responsável pela prevenção e preservação da saúde e do bem-estar da população. Além disso, percebi que havia atuação em diversos espaços da comunidade, como nas escolas, além das visitas domiciliares às famílias. Compreendi que o objetivo é criar ações integradas e que tenham continuidade, gerando saúde. Embora esse último aspecto esteja “falhando” na unidade acompanhada em Teresópolis, consigo entender que a dificuldade não é do sistema, mas sim dos profissionais que acabavam não trabalhando por muito tempo na unidade. É importante ressaltar que a CSF, embora em teoria fosse um setor de atendimento primário, também funcionava, na prática, como porta de entrada para algumas emergências.

Por fim, concluo essa narrativa deixando minha admiração e respeito aos profissionais que se dedicam à atenção básica de saúde da família e saio desse estágio com outro olhar sobre eles. Após essa experiência, relembrei um pouco do que me motivou a

entrar na faculdade, ajudar ao próximo, e vi esse desejo em todos os profissionais da clínica na Ilha do Governador.

Vi o SUS funcionando de forma efetiva e tive a oportunidade de conhecer os médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos e agentes de saúde mais “humanos” que já vi até hoje. Toda essa experiência me fez repensar sobre qual especialidade vou escolher para seguir e, hoje digo, com propriedade, por que não residência em Saúde da Família?

MEDICINA, UM CASO DE AMOR

Manuella Costa Santana da Silva

A Constituição Federal de 1988 refere que a saúde é direito de todos e dever do estado, devendo garantir a promoção de saúde e prevenção de doenças para toda população, sendo a atenção básica a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) é o local a partir do qual o paciente começa a criar um vínculo com a equipe de saúde da família que atende a sua região. Se a população fosse bem informada quanto ao papel das UBSF, os sistemas secundários e terciários de saúde seriam menos sobrecarregados. O papel da equipe de saúde da família é fazer o acolhimento dos pacientes daquela região, a promoção da saúde e a prevenção de doenças, através de palestras, grupos de apoio, conversas informais, consultas, entre outros. O agente comunitário de saúde é uma peça chave nesse sistema, pois é morador do local e conhece seus vizinhos, seus problemas, incentivando o paciente a procurar a unidade para ter a ajuda necessária. Na unidade, ocorre o acolhimento, feito por toda a equipe, e depois o atendimento pelo enfermeiro ou médico da família, dependendo do caso do paciente.

Tive experiências maravilhosas na Clínica de Saúde da Família (CSF) localizada na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, onde tive a certeza de que o SUS pode funcionar perfeitamente, atendendo a todos os princípios propostos. O local contava com

grande infraestrutura, totalmente informatizado, de fácil acesso para os moradores, contando com equipes próprias para cada região, que trabalhavam em conjunto para melhor atender à população. A unidade contava com atendimento de clínica médica, pediatria (puericultura e atendimento), ginecologia e obstetrícia (pré-natal, exame ginecológico e atendimento de queixas), equipe de enfermagem e técnicos. Para além desses serviços, contava também com nutricionistas, que orientavam os pacientes quanto à alimentação balanceada e saudável; profissionais de educação física, que orientavam quanto aos exercícios permitidos para cada paciente; cirurgiões dentistas, que promoviam a saúde bucal e tratavam problemas já instalados; fonoaudiólogos e fisioterapeutas, que desenvolviam um trabalho maravilhoso com crianças portadoras de necessidades especiais.

Havia ainda uma sala de vacinação bem equipada e higienizada; sala de curativos, onde eram feitos procedimentos como retirada de pontos, curativos em geral, lavagem de ouvido; sala de coleta de material para exames de sangue para realização de sorologia (teste rápido para HIV, hepatite); sala de realização de eletrocardiograma; farmácia bem equipada; além de um refeitório amplo para alimentação e entrosamento da equipe.

Não realizei visita domiciliar na CSF, pois a comunidade estava “agitada”, como referiam as agentes comunitárias de saúde. Nesse cenário, tive a noção do que é um atendimento

multidisciplinar e um atendimento humanizado, sem preconceitos de cor, classe social e de gênero.

Já na cidade de Teresópolis, fui inserida na UBSF e me deparei com uma infraestrutura diferente, pouquíssimos recursos e era de difícil acesso aos consultórios por ter uma escada, dificultando o acesso de pacientes mais idosos ou com problemas em membros inferiores, dentre outros. Nesses casos, tínhamos que descer para fazer o atendimento em UBSF próxima. Os prontuários eram manuais e tive muita dificuldade para entender a caligrafia e ter acesso à história do paciente, bem como a seus exames anteriores. A unidade contava com uma sala de vacinação, onde ficava um técnico de enfermagem. Nesse mesmo espaço, era onde também se realizava o primeiro atendimento com aferição da pressão arterial. A outra sala era revezada entre médicos (consultas de clínica médica e puericultura) e enfermeiros (pré-natal e exame ginecológico).

Apesar de toda a boa vontade do médico em ajudar seus pacientes, o sistema de saúde não funcionava direito, pois a maioria dos exames demoravam muito para serem feitos, visto que alguns precisavam da liberação da secretaria de saúde e isso demandava tempo para acontecer. Além disso, alguns exames só estavam sendo feitos em locais privados, como o eletrocardiograma, por exemplo. Apesar do custo ser baixo, na maioria das vezes, o paciente não fazia por falta de condições financeiras e não por desleixo. Quando era feito um

encaminhamento para qualquer especialidade, a demora era imensa, deixando o paciente “meio largado”. Não havia nada mais que pudéssemos fazer. Isso era triste e partia o meu coração não poder ajudar.

Na unidade não tinha farmácia. Então, a receita era entregue ao paciente e feita a orientação para que pegasse na unidade mais próxima ou na farmácia popular. Em relação aos usuários dessa unidade, percebi que eram bem carentes e necessitados de ajuda, sem informação alguma.

A única semelhança que observei entre as duas unidades em que estive inserida foi o amor que existe pela Medicina, pelo atendimento humanizado, com a necessidade de tentar resolver os problemas do próximo, tendo infraestrutura ou não. A Medicina existirá em qualquer lugar. Lógico que é muito mais difícil lidar com a Medicina vivenciada na cidade de Teresópolis, pois ela não é resolutiva e sim paliativa, deixando o paciente contar com a própria sorte ou com sua fé. Por outro lado, no Rio de Janeiro, o SUS funcionava bem, tendo como base todos os seus princípios. As diferenças entre os dois cenários são gritantes e já foram citadas ao longo do meu texto. Foi impactante para mim vivenciar essa experiência e me fez refletir o porquê de tanta desigualdade de atendimento. Será culpa do Estado ou nossa que escolhemos os governantes? Vou continuar pensando e quem sabe não escrevo outro relato sobre esse tema.

O FAZER EM SAÚDE: UM NOVO OLHAR SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA E A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Maria Luíza Souza de Siqueira

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, o egresso deve ser capaz de atuar no "processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade".

A partir dessa determinação, a atenção básica tem sido inserida cada vez mais como cenário de aprendizagem no curso de Medicina, deslocando o eixo de formação, antes focado apenas em um modelo assistencialista mais individual e hospitalocêntrico, para um modelo de saúde coletiva, baseado no sistema de referência e contra referência, e englobando os aspectos biopsicossociais dos pacientes. Assim, no âmbito da reestruturação dos serviços de saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se encaixa nesse novo protótipo de atenção à saúde vigente, na qual é possível promover a intervenção médica nos casos de situação de risco, antes de um eventual agravamento do quadro ou antes mesmo da manifestação de determinadas patologias, considerando as particularidades de cada indivíduo, visando, portanto, a prevenção.

Nesse sentido, o Unifeso tem se apresentado como uma instituição que valoriza e apoia esse processo de mudança do modelo de ensino-aprendizagem, criando um ambiente propício para essa atualização curricular desde o início do curso de Medicina, em que os alunos do primeiro ao quarto período são inseridos no contexto prático das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Posteriormente, os estudantes retornam a esse cenário no nono período, já como internos, com uma nova percepção do cenário e responsabilidade sobre o mesmo. E assim tem sido minha trajetória como acadêmica de Medicina, que se deu início no ano de 2013, no qual fui alocada na UBSF da região rural de Teresópolis, onde permaneci por dois anos. No ano de 2017, dando seguimento a minha formação, fui inserida na UBSF em Teresópolis, e na Clínica de Saúde da Família (CSF) no Rio de Janeiro, por cinco semanas em cada localidade, concluindo, dessa forma, a primeira etapa do meu internato. A partir dessa vivência, em dois cenários de cidades distintas, porém pertencentes ao mesmo SUS e apresentando o mesmo propósito, é que relato minha experiência como interna e as suas implicações na construção da minha formação profissional e bagagem pessoal.

A turma foi dividida em grupos de cerca de seis e sete alunos, inseridos em uma das equipes de atenção básica, sob supervisão de um preceptor local, médico de família e comunidade. Logo em seguida, fomos inseridos nas atividades práticas de acordo com a demanda da unidade. A principal atividade que

compunha a carga horária destinava-se ao acompanhamento de consultas com o médico ou, na maioria das vezes, ao atendimento por completo dos pacientes, sob supervisão do profissional. No momento de realizar a consulta, agora com uma certa autonomia, pude de fato perceber como meu papel sobre aquele ambiente (onde estive nos primeiros períodos) e sobre aquelas pessoas, então pacientes, havia mudado, ou melhor, evoluído em diversos aspectos. É fato que o conhecimento acerca das patologias se apresentava mais embasado e solidificado, o que, conseqüentemente, aumentava a responsabilidade em lidar com a queixa do paciente e de conduzir o seu tratamento, ou de estabelecer a prevenção de algum agravo. Porém, além dos fatores semiológicos e clínicos, evidentemente fundamentais, foi também necessário compreender todo o contexto biopsicossocial no qual os indivíduos encontravam-se inseridos, uma vez que o entendimento de suas demandas e a avaliação dos seus riscos e vulnerabilidades eram determinantes, tanto no que se refere ao seu acolhimento inicial quanto à abordagem terapêutica que seria proposta.

Certamente, o conceito de que "saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças", definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tem a sua relevância e aplicabilidade máxima (ou pelo menos deveria ter) justamente na atenção básica, onde as famílias são assistidas regularmente, buscando sempre conhecer o contexto que as cercam.

E foi diante de uma realidade áspera, em que me deparei em diversos momentos, que pude definitivamente entender o quão a saúde é um complexo bem-estar, seja nas visitas domiciliares em que muitas moradias se encontravam em condições degradantes e precárias de higiene, saneamento e de estrutura física; seja no atendimento de pacientes reféns das drogas, da violência, da pobreza, ou simplesmente de pacientes carentes de atenção, cuidado, compaixão. Dessa forma, em relação às questões que tangem o acolhimento, ou seja, a recepção do paciente desde a sua entrada na unidade, não percebi divergências entre os dois cenários. Ambos têm a preocupação de compreender as necessidades do indivíduo, obviamente, de acordo com o tempo e os recursos permitidos, pois sabe-se que a demanda da saúde é muito maior do que aquilo que de fato é provido à população pelo poder público.

No que se refere aos profissionais de saúde que devem compor a equipe multidisciplinar, preconizada pelo Ministério da Saúde, ambos os cenários apresentavam a mesma constituição básica, que incluía um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, sendo o número desses profissionais maior na CSF do Rio, proporcional ao seu tamanho e à área de abrangência da população. Nos dois cenários, faltavam alguns profissionais que integravam a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), como, por exemplo, o fisioterapeuta, o que acabava

gerando dificuldades no atendimento de determinadas famílias que necessitavam desses profissionais no seu tratamento, prejudicando a resolutividade do caso. A respeito das atividades de grupo, o Hiperdia está presente nos dois cenários e visava a identificar portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus para que esses fossem mobilizados a participar de ações de educação, controle e seguimento de suas patologias, além de proporcionar trocas de experiência entre os participantes, com a finalidade de aumentar a adesão ao tratamento e reduzir o agravo dessas enfermidades.

A CSF do Rio ainda possuía grupos de gestante, de planejamento familiar, de convivência e da dor; além de atividades como a horta familiar e o Programa Academia Carioca. A UBSF de Teresópolis também promovia atividade física ao ar livre, de forma a garantir o acesso da população a práticas que promoviam o bem-estar físico, mental e social. Segundo relatos dos próprios pacientes, essas atividades auxiliavam no tratamento da depressão aliado à terapêutica farmacológica, além de proporcionar um estilo de vida mais saudável.

Em relação à estrutura, a CSF do Rio, por ser de maior porte e ser instalada em um grande centro, quando comparada a de Teresópolis, oferece, aos pacientes, o suporte de uma farmácia com a distribuição de determinados medicamentos, bem como a possibilidade de realizarem, na própria clínica, exames laboratoriais, eletrocardiograma, radiografia e ultrassom. Isso

facilita o acesso a esses recursos, quando disponíveis e em correto funcionamento, agilizando, dessa forma, o diagnóstico e a conduta dos casos observados, sobretudo quando demandam uma certa urgência.

Assim, compreendo que as características distintas entre os cenários se dava pelo fato de serem localizados em cidades com portes e realidades diferentes. Porém, ambos buscavam os mesmos propósitos, de acordo com as possibilidades oferecidas e as limitações de cada um.

Diante de toda essa vivência de três meses, entendi a importância da minha inserção na atenção básica como sendo fundamental para minha formação acadêmica, pois me proporcionou uma nova visão, não somente da realidade do SUS, mas também das pessoas, dos pacientes, e de como isso interfere no atendimento e no ato de cuidar mais humanizado. Com certeza é uma experiência que aprimorou meu olhar crítico sobre as condições de saúde locais e o comportamento humano frente a elas, e facilitou o desenvolvimento da autonomia e responsabilidade nessa etapa de transição e construção da minha identidade como futura médica. Foi uma oportunidade altamente positiva e recompensadora, na medida em que foi possível reunir e aplicar diversos conteúdos estudados ao longo da graduação, em cada fase do ciclo de vida, uma vez que a atenção básica se propõe justamente atender às famílias, em todas suas gerações. Enfim, uma experiência que agregou conhecimento e reflexão na minha formação como médica e também como cidadã.

DIFERENTES PANORAMAS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Mariana Teixeira Groppo de Oliveira

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implementado no país por meio da Constituição de 1988, com o objetivo de promover a saúde a todos os brasileiros de forma universal e descentralizada. Sua administração é de responsabilidade do Ministério da Saúde e se estende nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal. A participação de instituições privadas é permitida apenas de forma parcial. Para o seu adequado funcionamento, o SUS é baseado em três princípios: universalidade, integralidade e equidade. Entende-se por Universalidade o direito que todos os indivíduos têm à saúde, bem como a responsabilidade do poder público em garanti-los e promovê-los. A integralidade pode ser considerada como a garantia de ofertar os recursos para as diferentes necessidades do usuário. Já a equidade se refere à oferta dos serviços de acordo com as disparidades sociais do nosso país. O modelo organizacional do SUS é baseado na hierarquização de ações e serviços em saúde por níveis de complexidade, dentre os quais destaca-se a atenção básica, o foco deste relato.

A atenção básica é a porta de entrada para o SUS, sendo a ordenadora de toda a hierarquia do sistema. Este setor deve solucionar cerca de 85% dos problemas em saúde e organizar o

fluxo das demais demandas para os serviços de maior complexidade. Nesse contexto, ressalta-se o papel da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que visa à expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, ampliando a resolutividade do SUS.

Dentro da ESF, encontra-se, de forma organizada, a Equipe de Saúde da Família, que deve ser composta por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e os agentes comunitários. Essa equipe pode ser ainda maior, incluindo dentistas e um auxiliar ou técnico em saúde bucal. Além disso, cada equipe pode abranger até 4000 pacientes, de forma que, quanto maior a vulnerabilidade da família a ser atendida, maior deverá ser a atenção da equipe.

Em 2010, a prefeitura do Rio de Janeiro, em concordância com os princípios da atenção básica, criou as Clínicas de Saúde da Família (CSF) com o objetivo de promover a saúde, bem como realizar ações preventivas e o diagnóstico precoce de doenças. A diferença dessas clínicas para outras unidades de saúde da família é a maior disponibilidade de recursos e programas, como, por exemplo: realização de exames laboratoriais, testes rápidos, radiografias, eletrocardiograma, na mesma unidade. Além disso, elas também contam com o Projeto Academia Carioca, que tem o objetivo de promover atividades físicas àqueles usuários com necessidade de acompanhamento realizado por profissionais adequados.

O relato aqui apresentado visa a comparar as ações promovidas pela CSF na cidade do Rio de Janeiro, e as ações promovidas na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) em Teresópolis.

A infraestrutura da clínica na Ilha do Governador era admirável, quando comparada ao panorama da saúde pública brasileira, pois contava com serviços laboratoriais, eletrocardiograma, serviços odontológicos, fisioterapia, especialidades médicas (pediatria, psiquiatria, ginecologia e obstetrícia e otorrinolaringologia), Academia Carioca e farmácia popular para a distribuição de medicamentos gratuitamente. Quando fui inserida nessa parte do Internato Médico, não esperava tamanha infraestrutura, sendo surpreendida não somente pelo local, mas pela capacidade dos profissionais que lá trabalhavam. Minha equipe encontrava-se em uma área onde a comunidade, dominada pelo tráfico de drogas, sofria todas as consequências e impactos dessa situação. Durante as visitas domiciliares, foi possível observar de perto o cotidiano dos habitantes, bem diferente do panorama ao qual estava acostumada em Teresópolis. Além disso, a população dessa área vinha sofrendo com mudanças contínuas do médico responsável, o que contribuiu para aumentar o caos vivido pelos usuários, uma vez que as trocas constantes prejudicavam o seguimento dos mesmos. Quando comecei o internato nessa clínica, a médica havia acabado de entrar nesta equipe, e foi possível acompanhar o excelente

trabalho dela em reorganizar os atendimentos e proporcionar um melhor seguimento e acompanhamento dos pacientes. A meu ver, a maior qualidade dessa clínica era a sua capacidade em proporcionar serviços mais complexos aos usuários, como consultas ambulatoriais e determinados exames. Enquanto nas demais UBSF referenciar um paciente era um trabalho extremamente burocrático, na CSF era um pouco mais simples. Além disso, as CSF do Rio de Janeiro contavam com um sistema informatizado de atendimento e encaminhamentos, o que otimizava as consultas, bem como o armazenamento de informações.

No contexto da minha formação acadêmica, considero a passagem por essa clínica um presente, pois o aprendizado foi exponencial, apesar de ter sido realizado em apenas 11 semanas. Atribuo grande parte deste ganho à minha preceptora, uma vez que sua dedicação aos alunos e pacientes era impecável e digna de grande admiração.

Em Teresópolis, fui inserida em uma unidade pequena quando comparada as CSF do Rio de Janeiro, que também atendia um menor número de pessoas. A infraestrutura era modesta e contava apenas com a equipe de saúde da família mínima. Não possuía farmácia e todo o serviço era muito burocrático, além de ser realizado todo à mão, o que gerava problemas de logística e armazenamento e demandava um tempo muito maior durante as consultas, uma vez que se desperdiçava muito tempo no preenchimento de exames, encaminhamentos e receitas. No

entanto, por morar nesta cidade há quase cinco anos, sabia dos problemas políticos que a mesma enfrentava há anos, o qual se agravou muito nos últimos três anos e acabou atingindo de forma considerável a comunidade. Quanto à preceptoria, neste contexto, também me beneficiei, pois a minha preceptora era detentora de grande conhecimento médico, além de ser professora da instituição há alguns anos, o que proporcionou uma convivência agradável e muito rica. Além disso, a mesma se encontrava nesta unidade há muitos anos, desfrutando de uma relação médico-paciente consistente, o que beneficiava os atendimentos.

Por fim, posso concluir que minha experiência nesses cenários durante o 9º período foi extremamente proveitosa e acabou com o preconceito que eu tinha sobre essa área de atuação, de forma que, atualmente, atribuo grande importância à atenção básica e possuo admiração aos profissionais que dela fazem parte. No entanto, o funcionamento desse programa pode ser ainda maior se os governos se empenharem mais em investir e garantir os reais direitos da população em ter acesso à saúde com base nos princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade.

INDISTINTAMENTE ENRIQUECEDOR

Monise Vergara Marins

A Medicina, seja ela de Hipócrates ou do Império Aquemênida, exige ética, compaixão, conhecimento, prática e inúmeros outros adjetivos que me façam ser capaz de abranger o ser humano de maneira integral, incluindo seu corpo, mente, contexto social, econômico, familiar, cultural e comunitário, para que a pluralidade de necessidades do indivíduo possa ser atendida.

A política de Estado relacionada à saúde da qual faço parte é o Sistema Único de Saúde (SUS), desde que esta foi considerada “Direito de Cidadania e um dever do Estado”, na Constituição de 1988. O SUS, então, assumiu princípios, como a Universalidade, a Equidade e a Integralidade, e esse sistema deve funcionar a partir de mecanismos de descentralização, regionalização, hierarquização e participação social.

Dessa forma, a atenção básica, principalmente, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é a principal porta de entrada do SUS, atua em nível individual e/ou coletivo, de forma que as ações atinjam à saúde, a autonomia dos usuários e os determinantes de sua comunidade.

Neste último enquadramento, sou inserida, pelo Unifeso, como aluna do curso de Medicina para que possa, desde o início de minha trajetória acadêmica, estabelecer a relação entre a teoria dada em sala de aula e a prática, a qual é obtida através de minha

própria experiência, além de desenvolver a relação médico-paciente com meus olhos e os exemplos dados pelos profissionais que nos acompanham.

Durante o nono período, eu vivenciei a inserção na Clínica de Saúde da Família (CSF), na Ilha do Governador, no município do Rio de Janeiro. Desde o primeiro dia fui acolhida pela equipe com muita receptividade, a qual se distribuía entre direção, administração, atendimento, seguranças, manutenção, limpeza, farmácia, fisioterapia, educação física, enfermagem, odontologia, fonoaudiologia, nutrição, enfermagem e Medicina. Para todos esses setores e cargos, existia uma infraestrutura e um local designados como “Academia Carioca”, sala de vacinas, curativos, eletrocardiograma e estabilização, consultórios, farmácia, entre outros, que, na grande maioria das vezes, estava equipada com materiais adequados, equipe treinada e instruída com os protocolos corretos.

Antes de iniciar o atendimento, fui apresentada aos serviços prestados pela unidade. Com relação ao acolhimento, realizava-se a avaliação da saúde do usuário, definiam-se as prioridades por critérios de avaliação de risco e vulnerabilidade, ofereciam-se orientações quanto à classificação feita e elaborava-se um plano terapêutico, respeitando os fluxos estabelecidos e protocolos de atendimento oficiais. A meta era ofertar ações de saúde de forma eficaz e eficiente, visando garantir o acesso, a coordenação do cuidado e a integralidade, para melhoria da

qualidade de vida dos usuários daquele território sob nossa responsabilidade sanitária.

Inicialmente, fiquei apreensiva, pois a demanda de atendimento era maior do que eu havia vivenciado, porém, a médica foi de total disponibilidade para me ensinar tanto a lidar com o software - único para toda a rede de saúde do município, facilitando incrivelmente o trabalho da equipe, a conclusão do plano terapêutico e o acesso dos usuários - quanto a criar vínculo com os pacientes e traçar a terapêutica individualizada.

No dia da puericultura, as crianças e suas famílias eram atendidas com muito cuidado e de maneira integral pela equipe, o exame físico é completo e não direcionado somente às queixas. As vacinas e os medicamentos estavam disponíveis na clínica e um fator muito confortante era o vínculo que existia entre os profissionais da saúde e os pacientes, o que os deixava mais abertos e receptivos. Assim, mesmo sendo nova naquele local, não me senti deslocada. O mesmo ocorria no dia do pré-natal e no da diabetes e hipertensão.

O atendimento da clínica geral era em caráter de demanda espontânea. Às vezes me surpreendia, pois surgiam casos complicados pela precariedade socioeconômica da população, como a falta de água filtrada para preparar alguns medicamentos, dificuldades no transporte e influência da criminalidade, que, por vezes, chegou a impossibilitar a abertura da clínica. Porém, tudo era sabido por todos e contornado da melhor forma possível. Foram

os quadros de asma brônquica descompensada e suspeita de infarto agudo do miocárdio que mais me marcaram. O primeiro por necessitar da sala de estabilização, a qual era bem equipada, colaborando para termos sucesso na terapia, e o segundo pela possibilidade de realizar um eletrocardiograma no momento da chegada do paciente, confirmando a suspeita e, pelo sistema informatizado, solicitar a vaga para internação em unidade hospitalar, sendo o transporte feito por ambulância do município.

Dessa maneira, as cinco semanas que passei na CSF Madre Teresa de Calcutá fugiram da monotonia e da apreensão de ser um local diferente, com pessoas diferentes e com uma demanda muito maior da já vivenciada por mim. Foi uma experiência que deixou saudades e uma sensação de 'ser médico' muito forte, pois a população, carente de cuidado, recursos ou de um olhar acolhedor, via na clínica um porto seguro, o que realmente era verdade.

Após essa experiência, iniciei a inserção na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), Município de Teresópolis, onde a recepção foi pouco acolhedora por parte da médica e enfermeira da equipe a que fui designada. A população, também carente, porém com menos percalços colocados pela criminalidade, foi receptiva e despejava confiança em mim e nos meus colegas, penso que por já estarem acostumados com nossa presença, pois a Faculdade nos apresenta à atenção básica da cidade desde o primeiro período do curso de Medicina.

A unidade era pequena, mas composta por sala de vacinação, farmácia muito precária em relação à disponibilidade de medicamentos, consultórios e sala de reunião, entre outros ambientes onde a equipe, com recepcionistas, enfermeiros, médicos e dentista tentava se organizar, aparentemente com sucesso.

Neste local, o atendimento era completamente feito de maneira manual, o que o deixava monótono e com características de registro diferentes, de acordo com quem o redigia, gerando, por muitas vezes, desacordo entre quem escrevia e quem lia. Eram colocados dois pacientes na mesma sala, pois a unidade não dispunha de um espaço adequado para o tamanho da população que atendia, o que tirava a privacidade do paciente e podia afetar a veracidade das informações referidas.

A demanda da unidade incluía diabetes, hipertensão, pré-natal, puericultura e alguns casos menos prevalentes no cotidiano, como suspeita de tuberculose. O sucesso terapêutico ficava à mercê da disponibilidade da farmácia municipal e do poder aquisitivo do paciente. No entanto, a equipe fazia o possível para atender às necessidades da população, sem deixar de enxergar o paciente de maneira integrada e contextualizada. Porém, existia uma grande dependência do serviço em relação à Secretaria de Saúde do Município para que se alcançasse sucesso nas ações desenvolvidas, tanto pela dependência de medicamentos quanta pela dificuldade em referenciar pacientes para especialistas.

Assim, a experiência na UBSF foi um desafio linear no aprendizado, não se destacando de maneira relevante, porém, jamais sendo irrelevante para o crescimento acadêmico, por também ser útil saber que nem todos os governantes estão engajados em prol da saúde da população.

Depois dessas vivências, chego à conclusão de que, embora a prática possa ser desafiadora, por momentos, monótona ou excitante e acolhedora, o saldo é sempre enriquecedor. Durante a vida acadêmica, todo conhecimento que adquiri irá fazer parte do meu crescimento profissional e pessoal, indistintamente. Com relação à integração ensino-serviço, acredito que inserir os alunos no ambiente de prática desde o início do curso vá formar médicos mais humanos, sabedores e conscientes, tanto da responsabilidade que a sociedade na qual estou incluída nos deposita, quanto daquela que depositamos em nós mesmos enquanto profissionais de saúde em formação.

CAPÍTULO II

IMPACTOS DA

REALIDADE

A REALIDADE BATE À PORTA

Ana Cláudia Mendonça Coelho

No 9º período da Faculdade de Medicina do Unifeso, nós alunos tivemos a oportunidade de realizar parte do nosso internato na atenção básica. Os dois cenários que frequentamos foram as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) de Teresópolis-RJ e as Clínicas de Saúde da Família (CSF) no Rio de Janeiro-RJ.

Foram notáveis as diferenças encontradas nessas duas localidades, apesar de ambas serem porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto pela infraestrutura quanto pela demanda de pacientes e de serviços prestados para a população.

No caso específico da UBSF na qual eu me inseri em Teresópolis, pude me deparar com diversas dificuldades no que diz respeito à promoção da saúde. A população carente, por falta de informação e/ou baixa escolaridade, possuía dificuldade em realizar o correto tratamento das doenças mesmo com nosso esforço para esclarecer a situação em que eles se encontravam. A falta de um sistema informatizado tornava as consultas mais demoradas devido ao preenchimento manual dos prontuários, pedidos de exame, encaminhamentos e receituários. Os recursos direcionados à UBSF eram limitados, visto que a farmácia não continha a maioria das medicações de maior necessidade (para hipertensos e diabéticos, por exemplo) e até o banheiro de uso

comum não possuía itens básicos de higiene pessoal, como papel higiênico e sabonete.

Contudo, pude perceber pontos favoráveis nesse serviço de saúde, como o maior vínculo entre médico e paciente, já que a demanda era menor se comparada a de uma capital. Nas consultas que fazíamos, supervisionadas pelo médico preceptor, tentávamos abranger todas as queixas do paciente em uma só consulta, referenciando para o especialista quando julgávamos necessário. A UBSF possuía também um cronograma semanal com os dias da semana direcionados a diversos públicos-alvo, como por exemplo: segunda-feira com pré-natal, terça-feira focada para as crianças, quarta-feira livre demanda, quinta-feira grupo de Hipertensão e sexta-feira para os casos mais complexos e visitas domiciliares.

As visitas domiciliares eram voltadas para os pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção. O acesso às casas era facilitado tanto pelo relevo do bairro quanto pela proximidade com a UBSF.

Na Clínica de Saúde da Família no RJ, pude notar uma maior complexidade do serviço prestado à população. No local, era disponibilizado ao paciente um apoio multidisciplinar, contando com profissionais como dentistas, fisioterapeutas, enfermeiros, profissionais de educação física, psicólogos, psiquiatra e dermatologista. Com relação à infraestrutura, contava com salas para realização de radiografias, eletrocardiograma, ultrassonografia, procedimentos e sala de observação. Além disso,

os consultórios contavam com sistema de dados informatizado e online, agilizando as consultas e permitindo marcações de exames de imediato. A clínica possuía um programa de Residência Médica para formar especialistas em Saúde da Família, permitindo o nosso aprendizado em conjunto com os residentes.

Porém, apesar de todo esse suporte diferenciado, alguns pontos negativos chamaram a minha atenção. Por diversas vezes, notei que as consultas se limitavam a resolver apenas uma queixa do paciente, sendo indicado um retorno em outro momento para solucionar os demais problemas. Somado a isso, percebi um excesso de exigências para realizar o encaminhamento a outras especialidades, mesmo quando estava claro que o paciente se beneficiaria.

Outro empecilho encontrado era com relação aos agendamentos de acompanhamento ambulatorial ou procedimentos hospitalares, pois não levavam em consideração a distância da moradia do paciente e as suas dificuldades de transporte, fazendo com que às vezes alguns se recusassem a se submeter a tais desgastes. Durante as visitas domiciliares, foi quando pude presenciar a realidade da rotina de uma comunidade carente carioca, com o tráfego e a violência fazendo parte do cotidiano dos moradores. Muitas vezes, fomos impedidos de realizar visitas domiciliares, pois o ambiente não era seguro e havia a possibilidade de confronto entre os criminosos e a polícia.

Assim, acredito que o contato com esses dois ambientes foi de suma importância em minha formação, já que me mostrou as reais dificuldades pela qual passarei após minha graduação em Medicina, e também mostrou o valor que a atenção primária tem no serviço de saúde em uma sociedade.

INGRESSANDO NO INTERNATO

Marcela Lima Paoliello Lopes

O começo de um novo ciclo trouxe muitas novidades, medos e desafios. Ao começarmos nosso primeiro rotatório do internato, nos deparamos com a atenção básica e a inserção em Clínicas da Saúde da Família (CSF) e Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), nas cidades do Rio de Janeiro e de Teresópolis. No entanto, o que parecia um velho conhecido, devido à inserção precoce do método PBL nos cenários práticos, dessa vez viria com um cunho diferente, devido a nossa posição como internos e a maior proximidade com os pacientes, visando formar vínculos para que os retornos e a adesão à terapêutica fossem otimizados.

Fiz parte do primeiro grupo destinado para as atividades no Rio de Janeiro. Fui inserida na CSF, na Ilha do Governador. Além de nossos preceptores, tivemos intensa convivência com os residentes em saúde da família, que se mostraram solícitos e cooperativos a todo momento.

Ao chegar na CSF, foi notória a diferença entre a já conhecida UBSF de Teresópolis e o novo ambiente, já que neste, várias opções de procedimentos eram oferecidas aos pacientes. Na própria CSF, era possível a realização de exames, tais como eletrocardiograma, ultrassonografia, pequenos procedimentos, além de, quinzenalmente, haver a presença de profissionais especialistas (psiquiatras e dermatologistas), o que tornava

infinitamente maior a adesão e a facilidade de retorno dos pacientes, tendo em vista a proximidade da clínica com a residência dos pacientes.

Na CSF, tive a oportunidade de atender casos não vistos antes, e apesar do pouco tempo de atividade, consegui acompanhar o retorno desses pacientes. Entretanto, mesmo com toda a estrutura da clínica, devido ao grande número de pessoas envolvidas na realização da mesma atividade, o contato entre acadêmicos e pacientes se tornava difícil, fazendo com que, na maioria das vezes, apenas acompanhássemos as consultas realizadas pelas residentes.

Findadas as semanas de atividades no Rio, fomos inseridos numa UBSF de Teresópolis, em que a realidade era bem diferente. As unidades eram pequenas e os pacientes mantinham uma relação bem próxima com os funcionários da unidade, o que ajudava na formação do laço necessário. No entanto, a não realização de exames na unidade, como ocorria no Rio de Janeiro, acabava prejudicando o retorno dos pacientes. Todas as dúvidas que tive, tanto conceituais quanto na realização ou solicitação de exames, foram esclarecidas de forma exemplar pelo meu preceptor, e ir para a unidade se tornava uma atividade prazerosa. Além disso, apesar da falta de espaço e de infraestrutura na UBSF, conseguíamos manter um melhor contato internos-pacientes. Geralmente, realizávamos as atividades e os procedimentos (como a realização da cardiocografia e exames de pré-natal), sempre

supervisionados por nosso preceptor. Os grupos de hipertensão e diabetes (hiperdia) eram realizados em ambas as unidades e era perceptível que os pacientes mais assíduos apresentavam uma melhora laboratorial e em sua qualidade de vida.

Desse modo, meu primeiro rotatório do internato tornou-se bastante interessante. Pude experimentar realidades diferentes, dentro de um mesmo programa (SUS), que engloba aspectos básicos e importantíssimos na formação de um médico. Observamos, muitas vezes, enfermidades, ditas comuns, mas que causam grande impacto na saúde e qualidade de vida de uma população, que, por vezes sem recursos, depende do SUS e dos envolvidos em suas atividades para uma vida longa, digna e saudável.

POR DENTRO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ronaldo Di C C de Oliveira

A inserção no cenário da Saúde da Família na faculdade de Medicina de Teresópolis (Unifeso) para nós, acadêmicos do 9º período, ocorreu em 2017. A escolha da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) foi feita a partir de um sorteio. Na unidade onde fiquei, a equipe multidisciplinar era fundamental para o funcionamento da unidade dentro dos parâmetros do SUS, que irei citar abaixo, sendo essencial para um melhor atendimento da comunidade. A equipe era composta por médico, cirurgião dentista, enfermeiro, técnico de enfermagem e nutricionista, unindo forças para ajudar a população.

O calendário semanal era disposto de acordo com os dias da semana, porém, o horário era sempre de 8h às 18h. Na segunda-feira, era abordada Clínica Médica; terça-feira era um dia específico de Saúde da Mulher, no qual era feita toda a rotina preventiva; na quarta-feira, a especialidade era pediatria, fazendo toda rotina (avaliação da caderneta vacinal e do desenvolvimento da criança); e na quinta-feira, era o dia da visita domiciliar, onde íamos nas residências das pessoas da área que não tinham como se locomover até a unidade, seja por dificuldades físicas ou do local, entre outros.

Os princípios do SUS incluem, principalmente, a universalidade, a equidade e a integralidade, além de outros como

hierarquização, regionalização, descentralização e participação social. A universalidade garante o acesso universal de todo e qualquer cidadão aos serviços de saúde. Esse princípio foi observado na UBSF em que atuei, tendo em vista que todos os funcionários buscavam o melhor atendimento a qualquer cidadão.

O objetivo da equidade é diminuir desigualdades, mas isso não significa que a equidade seja sinônimo de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e por isso têm necessidades diferentes. Então, a equidade é a garantia a todas as pessoas, em igualdade de condições, ao acesso às ações e serviços nos diferentes níveis de complexidade do sistema. Isso era visto no atendimento na UBSF, pois a equipe individualizava a situação de cada paciente e buscava a melhor solução para cada um.

Na integralidade, as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde não podem ser fracionadas. Sendo assim, os serviços de saúde devem reconhecer, na prática, que se cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, as ações não podem ser compartimentalizadas. Esse princípio era observado na unidade, pois nenhum atendimento era feito de forma incompleta, como por exemplo, no dia da saúde da mulher, além de toda a rotina preventiva, se a mesma tivesse alguma queixa, a equipe estava à disposição para o melhor atendimento e conduta.

Nesse período em que atuei na atenção básica, pude aprender esses conceitos e vivenciá-los no dia a dia, adquirindo uma visão mais ampla sobre o assunto e absorvendo-o para minha formação profissional da melhor maneira.

REALIDADES DIFERENTES, MESMAS NECESSIDADES

Thaís de Andrade Lavoratti

Estagiar na área da atenção básica tem uma grande importância para o acadêmico de Medicina, pois permite conhecer a realidade social de uma população, o que inclui pacientes de diferentes condições socioeconômicas e reflete diretamente sobre a aprendizagem da epidemiologia. Além disso, permite desenvolver a relação médico-paciente de uma maneira contínua, vínculo de grande importância para a abordagem do processo saúde-doença, com a finalidade de estabelecer uma terapêutica que seja adequada à realidade de cada paciente. Para tanto, ser inserido em dois cenários diferentes de uma mesma área permitiu entender as fragilidades de cada população, cada estrutura e aprender a individualizar o atendimento do paciente, inserindo-se em seu cotidiano.

Chegando na Clínica de Saúde da Família (CSF) na Ilha do Governador, no Rio de Janeiro, percebi que havia grandes diferenças em relação as Unidades Básicas de Saúde (UBSF) de Teresópolis. A ectoscopia era um ambiente muito mais complexo em sua estrutura, com possibilidade de realizar alguns exames complementares no próprio local e ter atendimento de algumas especialidades, como dermatologia, psiquiatria, fisioterapia e

nutrição. Além disso, havia vários médicos e equipes de atendimento para cada área da região.

Ademais, diferente de Teresópolis, o atendimento médico era realizado conforme a demanda diária, por ordem de chegada. Isso permitiu termos experiências com situações agudas, das mais simples às mais complexas em sua abordagem, nos colocando à prova para decisões mais urgentes.

Esse modelo se mostrou bastante eficaz ao reduzir a morosidade do atendimento comparado com Teresópolis, em que as consultas ocorriam sob agendamento. Percebia-se que, além das diferenças entre esses dois modelos de atendimento, as faixas etárias predominantes determinavam uma incidência diferente de doenças nos dois locais. A população predominante era um pouco mais jovem que em Teresópolis.

Além disso, os cenários das visitas domiciliares também eram destoantes. Na Ilha do Governador, eram residências humildes em um local hostil, onde conviviam com violência e tráfico de drogas. Isso se refletia nas consultas, em que eram problematizadas questões referentes ao uso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis (DST), violência doméstica e saúde mental. Não raro, eram realizados diagnósticos de DST, como HIV, o que não era tão comum em Teresópolis, bem como o atendimento de comorbidades, como a tuberculose em pacientes jovens.

Fazia parte do cotidiano desses pacientes os conflitos entre policiais e traficantes. Quando ocorriam, toda a dinâmica da

comunidade se modificava, o que refletia diretamente sobre o atendimento na CSF, que tinha sua demanda significativamente reduzida nessas situações. Nesse caso, também era interrompida a atenção domiciliar de pacientes com restrições físicas que os impedissem de se deslocar à unidade. Isso comprometia tanto a adesão dos pacientes quanto à adequada implementação das terapêuticas pelos profissionais de saúde, além de afetar diretamente a saúde mental dessa população. Havia um índice importante de pacientes com transtornos de humor, como depressão, principalmente em famílias com vítimas dessa violência e do desemprego.

Para a abordagem desses pacientes as consultas semanais de psiquiatria resultavam em uma boa resposta. Isso não ocorria em Teresópolis, onde também havia um grande número de pacientes de saúde mental, especialmente as vítimas do desastre ambiental de 2011. Também havia idosos sem nenhum acompanhamento profissional continuado de psiquiatria e psicologia, prolongando e agravando essas doenças. Essas pessoas, muitas vezes, não eram adequadamente tratadas por um profissional especializado em saúde mental, gerando dependência de medicamentos psicoterápicos por uso prolongado. Essa era uma deficiência de longa data nesta cidade, sem nenhuma perspectiva de melhora.

Outro aspecto de grande funcionalidade nas clínicas do Rio de Janeiro eram os exames complementares disponíveis no local,

como ultrassonografia, radiografia, exames laboratoriais e eletrocardiograma. Em Teresópolis, além da demora para marcação e realização de exames, alguns não eram disponibilizados pela rede pública naquele momento. Isso também se refletia numa terapêutica inadequada de algumas afecções, como pacientes com comorbidades cardiovasculares ou risco aumentado de eventos cerebrovasculares sem o diagnóstico eletrocardiográfico.

Por outro lado, uma boa experiência em Teresópolis foi o atendimento com as gestantes. Foi possível estabelecer um vínculo com essas pacientes, resultando em uma boa adesão, dentro de suas limitações, ao pré-natal de baixo risco. Mesmo pacientes adolescentes, que representavam em torno de 50% dos atendimentos, tiveram boa aceitação às orientações do pré-natal e de planejamento familiar. O resultado disso era o curso de uma gestação tranquila e saudável para a família, bem como a redução do risco de complicações peri, intra e pós-parto.

Sendo assim, apesar das perceptíveis diferenças dessas populações, as necessidades se aproximavam. O modelo da CSF do Rio de Janeiro se mostrou mais atraente, com menos falhas e com melhor rotatividade, de maneira que eu acredito que melhorava o fluxo no atendimento secundário. Enquanto isso, em Teresópolis, em alguns casos, os pacientes procuravam diretamente a Unidade de Pronto Atendimento para uma resolução mais rápida de suas queixas, mesmo que necessariamente não

precisassem desse atendimento, além de sobrecarregar essa unidade.

É fundamental que os acadêmicos de Medicina reconheçam e vivenciem essas problemáticas, a fim de colocar em discussão sua prática médica e propor medidas de intervenção coerentes com a realidade. Afinal, isso faz parte do que é ser médico, que vai além da anamnese e do exame físico na consulta. É conhecer o universo do seu paciente e a estrutura de trabalho em que está inserido, a fim de fornecer o melhor para aquela comunidade, conforme suas necessidades. Por isso, a saúde da família ensina a não enxergar apenas a doença, mas também o ser humano em sua complexidade que se senta à nossa frente.

CAPÍTULO III

RELATOS DO

QUE VIVI

UMA PACIENTE E SEU TODO

Beatriz Pereira Cunha

O relato de experiência a seguir tem como objetivo apresentar a percepção de uma acadêmica de Medicina sobre a relação médico-paciente ao acompanhar uma consulta na atenção básica.

A experiência ocorreu na Clínica de Saúde da Família (CSF) localizada na Ilha do Governador – RJ. O relato a seguir é da consulta de uma adolescente de 16 anos, que teve três abortos induzidos por drogas realizados em sua residência anteriormente e histórico de reinfecção por sífilis. Na consulta, estavam presentes a médica responsável e dois acadêmicos de Medicina. Esse relato descreve a abordagem da médica com a paciente em uma consulta de rotina.

Ao chegar ao consultório, foi questionado à paciente se havia alguma queixa no momento. A jovem respondeu que havia uma secreção vaginal fétida e não havia outras queixas. Posteriormente, foi perguntado à jovem se haviam alterações menstruais, o que foi negado. Questionou-se o número de parceiros sexuais que a mesma tinha e ela relatou que havia somente um parceiro fixo, com o qual tinha um relacionamento sério no momento. Questionamos o uso de métodos contraceptivos e o uso de preservativos, e a paciente negou o uso dos dois, alegando que os contraceptivos que ela usava anteriormente eram de difícil

adaptação e parou por conta própria. Ela se referiu ao uso do contraceptivo hormonal oral, reclamando que tinha dificuldade em lembrar dos horários para ingerir os comprimidos e que esquecia na maioria das vezes. Em relação ao não uso do preservativo, relatou à médica que o parceiro dela não gostava de usar. Questionamos se havia dor durante o ato sexual, mas a paciente negou.

Após essas perguntas, foi realizado exame físico completo, onde não foram achadas alterações. Como a queixa da paciente era corrimento vaginal fétido, nossa hipótese principal era alguma doença sexualmente transmissível (DST) causada por *Trichomonas vaginalis*.

Posteriormente ao exame, a médica explicou os diferentes métodos contraceptivos, como funcionavam, quais eram os lados positivos e negativos de cada um e perguntou se gostaria de aderir a algum deles. A paciente demonstrou grande afinidade pelo anticoncepcional hormonal injetável e escolheu esse método. Após, a médica pediu exames laboratoriais, como hemograma e sorologias (vdrl-sífilis, Eliza-HIV, HEPATITE B), além do teste imunológico de gravidez (TIG). Apesar da paciente não se queixar de alterações menstruais naquele momento, a médica decidiu afastar o diagnóstico de uma possível gestação.

Após explicar a importância de realizar cada exame, a médica receitou metronidazol oral e um creme vaginal, de acordo com nossa hipótese diagnóstica. Então, conversou com a paciente

sobre a importância do uso de preservativo para o sucesso do seu tratamento, e perguntou se seu namorado era da área que a clínica abrangia. Após a confirmação de que seu namorado também tinha cobertura da CSF, a médica sugeriu que ela desse o nome do namorado para que os agentes de saúde ligassem para ele a fim de marcar uma consulta, para que a mesma o orientasse em relação ao planejamento familiar e dúvidas que pudessem surgir em relação ao uso do preservativo. Além disso, solicitar que fizesse exames de rotina, pois foi relatado pela paciente que o mesmo não frequentava a CSF há algum tempo. A paciente aprovou a ideia e falou que ela mesma ia pedir para que ele procurasse a clínica para marcar a consulta. Após três semanas, aproximadamente, obtive a informação de que o parceiro da paciente foi à consulta.

Nessa experiência, houve a percepção do conceito de integralidade presente nos princípios do SUS. Esse conceito pôde ser percebido no fato da médica orientar a paciente, promovendo a saúde através da informação, evitando-se agravos posteriores. O conceito da universalidade também foi observado, pois a médica, ao notar que o problema da paciente envolvia outras pessoas, percebeu que a saúde da mesma também dependia da saúde do seu parceiro, que não estava sendo assistido pela CSF até o momento. Assim, a médica teve a percepção de incluí-lo na assistência para a resolução do problema. O fato de olhar o paciente como um todo, percebendo fatores como o meio em que vive, o tipo de comportamento e as relações que têm com outras

para essas pessoas, é essencial para que um tratamento e/ou a prevenção de um agravo sejam realizados de forma efetiva.

FALANDO DO QUE VIVI NA MINHA ATUAÇÃO COMO INTERNA DO UNIFESO NA ATENÇÃO BÁSICA (TERESÓPOLIS E RIO DE JANEIRO)

Bruna Noviello Ribeiro

Estagiei durante aproximadamente três meses na atenção básica, porém, na maior parte deste tempo, permaneci em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no município de Teresópolis-RJ, e fui para uma Clínica de Saúde da Família (CSF) no Rio de Janeiro apenas por dois dias, mas julgo ser suficiente para perceber as diferenças entre elas. Tanto a UBSF quanto a CSF funcionam como porta de entrada dos indivíduos no Sistema Único de Saúde (SUS). As CSF mudaram o rumo da saúde na cidade do Rio de Janeiro, pois ampliaram a cobertura da população ao SUS para números impressionantes, além de ter facilitado o acesso às políticas de promoção e prevenção em saúde.

Em Teresópolis, passei por duas UBSF. No Rio de Janeiro, conheci a CSF, na Ilha do Governador. Em Teresópolis, a unidade era composta por um médico clínico geral, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um dentista, uma secretária e alguns agentes comunitários. Era nítida a cordialidade entre eles, além da constante troca de informações para o bem-estar e acolhimento dos pacientes. As médicas de ambas as equipes conheciam os pacientes pelo nome e os reconheciam como membros de uma determinada família, sabiam de sua história e de seus problemas.

Este fato deixou claro, para mim, a importância do médico de saúde da família, pois este profissional possui um vínculo forte com seus pacientes além de conhecer o contexto no qual vivem. No Rio de Janeiro, atendemos muitos pacientes que a médica não conhecia, seja porque era a primeira vez deles na CSF ou porque outrora foram atendidos por outros médicos. Então, na minha percepção, este é um fato positivo das UBSF de Teresópolis.

Em Teresópolis, não contávamos com farmácia na unidade, o que dificultava a adesão ao tratamento, pois os pacientes precisavam se deslocar até outra região da cidade para ter acesso aos medicamentos. Entretanto, nem sempre estavam disponíveis, porque o município, a meu ver, apresenta uma carência de medicamentos do SUS. Já na CSF, havia uma farmácia e um farmacêutico dentro da própria clínica, o que facilitava, e muito, a adesão ao tratamento, já que o paciente já saía da consulta portando sua medicação. Outro ponto positivo da CSF é que lá existem profissionais capacitados a realizar certos exames, como ultrassonografia, por exemplo, o que diminui o encaminhamento dos pacientes a outros serviços e promove um diagnóstico precoce de muitas patologias, aumentando as chances de cura e, conseqüentemente, reduzindo gastos do governo com internações hospitalares.

Este período me proporcionou um vasto conhecimento de como o SUS funciona na prática e como todos os setores são interligados. Apesar das eventuais dificuldades, os profissionais

sempre se mostraram empenhados em solucionar os problemas dos pacientes. Durante o estágio na UBSF de Teresópolis pude ocupar uma posição de maior pro-atividade nas consultas e conversava com a médica sobre as queixas do meu paciente e as possíveis condutas que eu tomaria. Isto me motivou a estudar muito em casa situações que rotineiramente apareciam na unidade, como HAS e DM, infecção urinária, cefaleia, lombalgia, consulta de pré-natal, entre outros.

FALANDO DO QUE VIVI NA MINHA ATUAÇÃO COMO INTERNO DO UNIFESO NA ATENÇÃO BÁSICA (TERESÓPOLIS E RIO DE JANEIRO)

Carlos Eduardo Andrade Alves

Meu nome é Carlos Eduardo e sou acadêmico do 9º período de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos (Unifeso), localizado em Teresópolis, Rio de Janeiro. Esse relato é baseado na minha experiência como interno no estágio acadêmico de Medicina da família e comunidade, por 10 semanas. Durante esse período, as cinco primeiras semanas do estágio ocorreram na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) localizada no município de Teresópolis. Nas semanas seguintes, o estágio ocorreu na Clínica de Saúde da Família (CSF) localizada no município do Rio de Janeiro.

A primeira etapa do estágio, vivida em Teresópolis, pode ser configurada como uma experiência extremamente rica no aprendizado da carreira médica. O principal motivo dessa avaliação positiva deve-se, principalmente, ao bom acolhimento e convívio com a equipe, principalmente com as agentes comunitárias e com o preceptor que, de maneira solícita, facilitou a introdução na unidade.

Esse fator possibilitou a construção de um vínculo saudável e facilitou a criação de laços com os pacientes. Tal fato pode ser observado ao longo das visitas domiciliares e nas consultas

realizadas na unidade, onde os pacientes sentiam-se mais confiantes e também mais seguros para serem consultados.

Um diferencial observado na UBSF é a parceria com o ambulatório de especialidades médicas da faculdade. Essa parceria permitia o encaminhamento de pacientes a especialistas de maneira rápida e prática, contribuindo na promoção à saúde.

Como único ponto negativo da experiência praticada em Teresópolis, relato a questão dos medicamentos, uma vez que a carência dos mesmos dificultava o estabelecimento de uma conduta terapêutica e a criação de vínculo com alguns pacientes. Esses, em sua maioria, não compreendiam o motivo da falta dos medicamentos, ficavam insatisfeitos com a qualidade do atendimento e, por muitas vezes, abandonavam a unidade.

Por outro lado, a segunda etapa do estágio, realizada no Rio de Janeiro, não foi tão produtiva como a primeira por diversos fatores. Inicialmente, questiono o deslocamento que causava um cansaço cumulativo ao longo das semanas, além dos atrasos do ônibus, que provocavam constantes sensações de ansiedade.

Outro ponto importante que dificultou bastante o aprendizado foi o não estabelecimento de um vínculo sadio com a equipe da CSF. Diferentemente do que ocorreu na UBSF, na clínica não houve o mesmo zelo por parte das agentes em nos introduzir ao convívio e aos problemas da comunidade. Além das agentes, as preceptoras não contribuíram como esperado na construção de um diálogo que facilitasse o convívio e a aprendizagem.

Novamente, os fármacos foram um problema relativamente complicado. Mesmo sendo um cenário mais amplo, com quantidade e qualidade infinitamente superiores, se comparados aos da UBSF, a indisponibilidade dos medicamentos dificultou bastante a criação de um plano terapêutico.

Todavia, devo ressaltar e enfatizar a presença e postura dos residentes da CSF. Estes, sempre de maneira cordial e humana, ajudaram e ensinaram a formulação da propedêutica médica, visando, desde o início, a criação de um diálogo fundamental para o aprendizado.

Outro fator positivo é o modelo do atendimento. Além da função de promoção e prevenção da saúde da comunidade, também é possível realizar exames e acompanhar os pacientes em estado de urgência. Esse modelo mostrou-se extremamente benéfico, pois possibilitou a realização de um atendimento individualizado.

De forma geral, apesar das diferenças encontradas nos dois cenários, posso classificar meu estágio em Medicina da família e comunidade como uma experiência extremamente positiva. Compreendi que essa área é muito mais abrangente do que eu havia pensado. Também pude perceber que a boa comunicação é fundamental para a criação de um bom convívio e estabelecimento de vínculos, sejam eles com pacientes ou equipe.

RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA: COMPARAÇÃO ENTRE OS MUNICÍPIOS DE TERESÓPOLIS E RIO DE JANEIRO

Iago Nery Leite
Igor Goulart Haddad

Vivenciamos ao todo 10 semanas de prática na Atenção Básica (AB), sendo estas divididas igualmente entre os municípios de Teresópolis – RJ, onde estivemos presentes na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e Rio de Janeiro – RJ, inseridos na Clínica de Saúde da Família (CSF), na Ilha do Governador.

Estivemos primeiro em Teresópolis, onde quase a totalidade das consultas é marcada com antecedência e tem um caráter não emergencial. São atendidos pacientes das mais diversas idades, sendo abordadas diversas patologias. A grande maioria procura o atendimento para acompanhamento e seguimento de doenças crônicas e degenerativas, sendo as mais prevalentes a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus tipo 2.

Em Teresópolis, o menor tamanho da cidade e dos bairros torna os trabalhos dos agentes comunitários mais fácil, e também favorece uma relação mais próxima com as famílias. Além disso, são veiculadas informações e orientações entre o médico e os pacientes mais facilmente. Com a cobrança do agente, de porta em porta, para comparecer nas consultas e renovar as receitas, o

acompanhamento familiar proposto pela UBSF presente na área fica mais completo.

Na CSF do Rio de Janeiro, o cenário é mais abrangente e diversificado. A começar pela complexidade, visto que possui aparelhos de computador e sistema de registros online, uma quantidade muito maior de profissionais em todos os setores, além de espaços e aparelhos para a realização de exames que não são possíveis nas unidades básicas de Teresópolis. Exames de radiografia e ultrassonografia são realizados, além da presença semanal de especialistas em algumas áreas, como psiquiatras e dermatologistas.

Apesar da maior complexidade da clínica, a forma de atendimento e a relação do médico com os pacientes da área abrangida se diferenciam pela forma da procura pelo serviço. Na capital, a grande maioria das consultas é para a resolução de queixas agudas, em todas as idades. Salvo para casos de consulta de acompanhamento pré-natal e consulta de rotina de pediatria e puericultura, a grande maioria das pessoas que procura o serviço tem afecções momentâneas e de tratamento rápido, como diarreia, infecção de vias aéreas superiores, dores de cabeça e no corpo, além de alergias e outras manifestações que costumam ser recentes.

É neste ponto que reside a maior diferença entre a atenção básica dos municípios de Teresópolis e Rio de Janeiro. Enquanto os pacientes da primeira frequentam a unidade de forma constante,

utilizando seus serviços para tratar e acompanhar afecções de manifestações e tratamentos crônicos, na capital, a unidade básica atua muitas vezes de forma semelhante a um Pronto Atendimento, recebendo queixas de manifestações recentes e com tratamento objetivo, de tal forma que possui uma Sala de Observação e Medicação dentro da unidade.

A experiência nas duas unidades foi enriquecedora, visto o ponto de que são diferentes em diversos aspectos. Enquanto em Teresópolis há um maior contato e proximidade com os pacientes e familiares que frequentam a unidade de forma constante para acompanhamento e renovação de receitas, no Rio de Janeiro a maioria dos pacientes atendidos não tem acompanhamento regular, mas sim uma queixa de demanda aguda para ser solucionada. Tanto uma quanto a outra nos proporcionaram um contato importante com o paciente, nos diversos âmbitos dos cuidados médicos, fornecendo experiência e bagagem para uma formação médica completa.

REALIDADES DISTINTAS

Mayke Lima da Costa

De acordo com o Capítulo II da Constituição Federal de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Uma das maneiras de prestar serviço de saúde à população é através da atenção básica, que é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem por finalidade realizar o atendimento de cerca de 80% dos usuários sem que haja necessidade de encaminhar para outros serviços, como ambulatórios, hospitais e emergências. No entanto, a realidade é diferente da que está marcada por tinta no papel.

Tive a oportunidade de presenciar e aprender com o trabalho realizado pela Clínica de Saúde da Família (CSF) localizada na Ilha do Governador, Rio de Janeiro. Assim como também acompanhei o trabalho feito nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) localizadas no município de Teresópolis, Rio de Janeiro. A CSF era a que mais se aproximava da realidade proposta pela Constituição, diga-se de passagem, pois contava com grande infraestrutura, até agora não vista durante minha passagem acadêmica, no que diz respeito à atenção básica. Nela,

pude observar uma gestão muito bem organizada, com diretoria, farmácia, salas para cada região da comunidade, sala para curativos, área para atendimento de puericultura e sala para vacinação, local onde também se realizava coleta de sangue e sorologias de testes rápidos.

Notei, quase que fidedignamente, o sentido do atendimento multidisciplinar. Faziam parte da clínica setores com equipes de fonoaudiologia, odontologia e fisioterapia, esta última com requinte para atendimento às crianças com necessidades especiais. Quase tudo era informatizado e, para surpresa, ainda contava com alguns ambulatorios. Aqui, a população certamente desfrutava de um bom aporte de cuidados em saúde, dentro da lógica da atenção básica.

No município de Teresópolis, pude voltar no tempo e me deparar com a realidade vivida nos meus dois primeiros anos de acadêmico, onde frequentei a UBSF, também no município de Teresópolis. Esse sim, era o SUS que eu conhecia, com estrutura simples e não informatizado, porém organizado, com estoques de medicamentos na farmácia, sala de vacina e consultório à parte.

Finalmente, relato minha passagem pela UBSF a qual, por sinal, foi a que mais me surpreendeu. Ao contrário das demais, sua estrutura era precária. Acomodada nos fundos de uma igreja, era formada por dois espaços, sendo que, na recepção, também às vezes, fazia-se um consultório improvisado. No outro espaço, encontrava-se o local primariamente destinado ao consultório,

juntamente com o banheiro. No consultório propriamente dito, não havia sequer área de ventilação. Confesso que o calor incomodava bastante. Na unidade, não tínhamos medicamento e as receitas eram feitas e entregues à população para que fossem buscar na UBSF mais próxima.

Falando na população, era bem mais humilde e necessitada, comparada às atendidas pelas outras unidades que mencionei. A equipe de profissionais ali presente vivenciava a dificuldade da falta de recursos necessários para um melhor atendimento, no entanto, mostrava-se mais unida e sempre alegre, tentando transmitir aos pacientes algum conforto como forma de amenizar a falta do aporte de recursos preconizado pelo SUS para a atenção básica. Pude perceber um vínculo maior entre a equipe e os pacientes, assim como entre a própria equipe.

Entendi que, independentemente do local, sempre haverá Medicina, às vezes não como queremos, como sonhamos, mas ela estará presente. Notei a importância da presença dos recursos e de um local adequado para que uma melhor prestação de serviços possa ser ofertada pela equipe de profissionais à comunidade. A presença destas carências vai contrapondo cada vez mais o que é preconizado pela realidade da tinta no papel, principalmente na atenção básica, sendo comum a necessidade de referenciar o paciente, que possivelmente teria condições de ser atendido na própria unidade. No entanto, independente dos problemas presentes, cabe à equipe uma tentativa de se moldar diante das

dificuldades, inovar com recursos ou tentar suprir de alguma forma as carências vividas pelos pacientes. Dessa forma, sempre existirá Medicina.

RELATO SOBRE A INSERÇÃO NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Rafael Vinícius Londero Quintino dos Santos

Minha inserção na atenção básica foi realizada na Clínica de Saúde da Família (CSF) na Ilha do Governador, município do Rio de Janeiro, por aproximadamente seis semanas. A clínica tinha uma infraestrutura ampla, para atender às seis microrregiões de abrangência da unidade com ao todo 19.490 usuários cadastrados e era composta por uma área de acolhimento com seis guichês, nove consultórios médicos (um para cada microrregião; um para saúde da criança, um para atendimento de mãe e bebê e um para atendimentos do Núcleo de Atenção à Saúde da Família - NASF), sala de procedimentos, sala para coleta de exames, sala para exames de Raios X (RX) e outra para eletrocardiograma (ECG), sala para ultrassonografia (USG), sala ampla para observação de pacientes, sala de imunização, farmácia, administração, copa, auditório para práticas de saúde em grupos, área externa de recreação com Academia Carioca e estacionamento para funcionários.

No local, trabalhavam catorze médicos (oito residentes em Saúde da Família e Comunidade, três preceptores da residência, dois médicos contratados com carga horária de vinte horas semanais e uma médica cedida pelo programa mais médicos), seis enfermeiros (um para cada microrregião), 36 agentes comunitários

(seis para cada microrregião), seis técnicos de enfermagem (um para cada microrregião), um farmacêutico, um auxiliar de farmácia, três cirurgiões dentistas (um para cada duas microrregiões), três auxiliares de saúde bucal, seis técnicos administrativos, funcionários terceirizados para serviços de limpeza, suporte de informática e segurança, além de estagiários de Medicina, farmácia e enfermagem de diversas faculdades e também pelo programa SUSEME (Superintendência de Serviços Médicos do Governo do Estado do Rio de Janeiro). Existia também, na própria unidade, o matriciamento dos pacientes para as especialidades de psiquiatria, com acompanhamento semanal, e de dermatologia, com acompanhamento quinzenal.

As microrregiões atendidas pela clínica eram compostas por áreas socioeconômicas bem diversas, compreendendo desde regiões de classe média até regiões de comunidades expostas a diversas situações de risco, desprovidas de saneamento, água encanada e luz elétrica (muitas residências atendidas com “gatos”), moradores expostos à atuação de quadrilhas de tráfico de drogas, moradias em áreas de risco para deslizamentos, além de poucas creches e escolas. A logística de atendimento aos pacientes na clínica era diferente daquela estabelecida nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) de Teresópolis, onde até então eu havia realizado estágios. Na CSF os atendimentos não eram agendados por dias fixos, como por exemplo, segunda-feira Hiperdia, terça-feira puericultura, quarta-feira saúde da mulher etc. Os

atendimentos eram agendados de acordo com a possibilidade do paciente, o que facilitava a adesão às consultas, uma vez que permitia seu comparecimento em dias de folga ou aos sábados, bem como por demanda espontânea, que representava a grande maioria.

Devido à boa infraestrutura da clínica, os pacientes podiam realizar diversos exames laboratoriais na própria unidade, como exames de sangue e urina, exames de imagem como radiografias, eletrocardiogramas (ECG), além de serem submetidos a pequenos procedimentos como suturas e curativos. Na farmácia, os pacientes conseguiam obter gratuitamente os fármacos para tratamento de hipertensão e diabetes, bem como anti-inflamatórios, analgésicos, escabicidas, alguns antibióticos (principalmente amoxicilina, ciprofloxacina e cefalexina) e benzodiazepínicos.

Outras necessidades apresentadas pelos pacientes, que não pudessem ser resolvidas na própria clínica, como fisioterapia, ultrassonografia, cintilografia e tomografias, por exemplo, eram atendidas através do sistema de regulação da prefeitura municipal do Rio de Janeiro (SISREG).

Na minha opinião, o maior diferencial da CSF era a atuação da residência em saúde de família e comunidade, a partir da qual oito residentes (quatro R1 e quatro R2), além de três preceptores realizavam acolhimento e atendimentos aos pacientes e discussão de casos. Toda a estruturação da residência era desenvolvida na

lógica da Medicina baseada em evidências, sendo os atendimentos e tratamentos propostos aos pacientes alinhados a esse princípio.

Durante o estágio, pude acompanhar os residentes nos atendimentos, aprender a lógica de regulação de exames e consultas dos pacientes realizadas pela prefeitura, realizar pequenos procedimentos como sutura e curativos e exames preventivos. Também tive a oportunidade de debater com os preceptores sobre como é desenvolvida a residência e quais os objetivos da formação de especialistas em saúde de família e comunidade. Percebi que todos os funcionários da clínica buscavam atender às necessidades dos pacientes *in loco*, e somente nos casos em que não era possível ofertar resolutividade, os usuários eram referenciados para outro serviço.

Algumas experiências diferentes e interessantes que pude presenciar e aprender incluíam estratégias de atendimento, como deixar o paciente esgotar suas queixas antes de intervir, estimular a presença de familiares nas consultas e atender o paciente como um todo, e não só a queixa apresentada. É possível encontrar na literatura estudo que relata que médicos interrompem os pacientes com uma média de apenas dezessete segundos de fala.

As visitas domiciliares eram realizadas na maioria das vezes apenas para acamados, mas a atuação dos agentes comunitários era constante, buscando os problemas dos moradores de suas regiões e incentivando que eles comparecessem para atendimento. Toda quarta-feira à tarde era

realizada uma reunião com toda a equipe de cada microrregião. Nestes encontros, os funcionários conseguiam integrar as solicitações da população e distribuir a melhor forma de atendimento em relação às datas possíveis para cada paciente em função do tipo de atendimento que cada um iria receber, seja por enfermeiros ou médicos. Chamou minha atenção a grande quantidade de pacientes com agravos relacionados à saúde mental, como depressão, ansiedade, insônia, esquizofrenia, síndrome de Down e autismo. A discussão com os residentes sobre como manejar esses pacientes foi enriquecedora, porém, mesmo eles fornecendo atendimento a esses pacientes, eram sempre matriciados ao especialista.

As informações aqui expostas foram colhidas no dia-a-dia. Como sugestão, acredito que uma conferência inicial com os estudantes inseridos na clínica, abordando a questão logística, bem como um rápido treinamento sobre como utilizar o sistema gerencial da unidade e o SISREG, facilitariam muito o acolhimento e tornariam o desempenho dos estudantes melhor. Outra possibilidade de acréscimo na aprendizagem seria a inserção formal dos internos em atividades semelhantes às aulas teóricas da residência, estimulando-nos a apresentar temas médicos corriqueiros na prática da clínica.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO INTERNATO ELETIVO

Leonardo Araújo Marques

Realizei no Hospital do Subúrbio, em Salvador, o internato eletivo no período de 03 de abril até 22 de junho de 2017. Atuei no serviço de urgência e emergência pela cirurgia geral e clínica. Participei de várias atividades ao longo do internato eletivo, acompanhando consultas na área de emergência com cirurgias gerais e com clínicos. Assim consegui melhorar meu raciocínio frente a pacientes que necessitem de uma rápida abordagem. Também consegui realizar alguns procedimentos essenciais como acesso venoso periférico e central, paracentese, suturas, passagem de sonda vesical, toracocentese e intubação orotraqueal. Além disso, em praticamente toda terça-feira existiam aulas ou apresentação de slides feitos pelos médicos ou pelos residentes de temas relevantes como hidratação venosa, trauma torácico e abdominal, lesões que acometem a cervical, síndromes colestáticas e icterícia. Cumpre ressaltar a importância de entrar no centro cirúrgico acompanhando as mais diversas cirurgias, como apendicectomia, colecistectomia e colectomia, ajudando na instrumentação e no fechamento da laparotomia.

Notei que em um hospital de emergência é essencial o trabalho em equipe, construída através de uma boa relação entre os membros da equipe de saúde (médico, residente, internos,

enfermeiro e técnicos de enfermagem). É necessário que o enfermeiro responsável pela triagem classifique corretamente o paciente para que o médico possa em poucos minutos decidir quais exames iria solicitar para saber se tal caso seria cirúrgico ou não. Para aqueles mais graves, o hospital criou classificações de risco (zona 1 e 2 e onda vermelha) para melhor e mais rápido ser o atendimento.

Um ponto específico que eu particularmente gostei muito foi a função que nós internos tínhamos, a qual era fazer a evolução dos pacientes da área da cirurgia geral, além de passar visitas com o médico na sala de medicação, observação, pronto atendimento e reanimação discutindo caso a caso. Isso me fez acrescentar muito, pois tive muitas dúvidas que pude tirar na hora com os preceptores ou então tais dúvidas me fizeram estudar em casa para chegar no outro dia já sabendo melhor como proceder.

Desde quando entrei na faculdade de Medicina sempre pensei em seguir na área da radiologia, mas durante o curso percebi que deveria me empenhar mais na parte da emergência, pois esse era um ponto fraco que eu tinha, principalmente na hora que era preciso tomar decisões rápidas, quais exames pedir para cada tipo de problema e como guiar um caso de vítima de politraumatismo. Porém, mesmo atuando na urgência e emergência eu aprendi muito sobre radiologia, pois por volta de 50% dos atendimentos eram pedidos uma tomografia, seja de tórax, quando estávamos frente a uma suspeita de mediastinite,

seja de abdome nos casos de apendicite ou colecistite ou de crânio no trauma crânio encefálico. Assim, essa minha estada ao longo desses três meses me ajudou muito a ter certeza de que a radiologia é realmente a área que eu quero seguir por toda a minha vida e ao mesmo tempo consegui tirar dúvidas básicas sobre urgência e emergência, que era uma parte sombria da Medicina para mim.

Agora no final do meu internato eletivo, pude perceber o quanto aprendi, e quão mais tranquilo eu estou para lidar com situações estressantes da urgência e emergência, situações essas muito prováveis de me deparar novamente depois de formado. Por isso acho que todos estudantes devam experimentar essa área independentemente da especialização que queiram seguir no futuro.

RELATO DE EXPERIÊNCIA INTERNATO ELETIVO NO SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

Natan Soares Silveira

Esse relato tem como objetivo descrever parte das experiências por mim vividas durante aproximadamente três meses no serviço de anestesiologia do Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano (HCTCO), ocorridas em sua grande parte nas dependências cirúrgicas da unidade, que atualmente conta com sete centro cirúrgicos, uma sala de recuperação pós-anestésica (RPA) com média de cinco leitos, com monitorização cardiorrespiratória em cada leito para suporte e um carrinho de parada cardiorrespiratória disponível na respectiva RPA para eventuais ocorrências, contando ainda com uma sala de estar para equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, instrumentadores cirúrgicos, dentre outros).

Na unidade eram efetivadas cirurgias de diversas especialidades, tendo em vista que o HCTCO oferece atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à rede privada, realizando atendimentos para vítimas de trauma, cirurgias de emergência e eletivas de especialidades como neurocirurgia, ortopedia, bucomaxilo, ginecologia/obstetrícia, cirurgia geral, dentre outras. Deste modo, pude ter contato com diversas situações cirúrgicas que demandam planos anestésicos diversos, sendo essa variedade muito enriquecedora. Em relação à equipe do serviço de

anestesiologia, era composta usualmente por três médicos residentes e um ou dois estafes do serviço, sendo com eles que eu mantinha contato direto no dia a dia. Em relação à parte prática, tive a oportunidade de aperfeiçoar minhas habilidades médicas em procedimentos de menor complexidade até mais complexos, como manejo de vias aéreas, obtenção de acessos venosos, bloqueios regionais do neuroeixo e periféricos, manejo de drogas anestésicas e monitorização intra e pós-operatória dos pacientes, sempre sob supervisão dos preceptores. Em última análise, acredito que a experiência me agregou muito teoricamente, mas principalmente prática, em relação a procedimentos que me serão úteis na prática médica e consequente residência, de modo que me sinto hoje muito mais naturalizado com algumas situações, como urgências/emergências, que exigem tomada de decisões e habilidades específicas, que impreterivelmente o médico vai estar exposto em sua rotina.

CAPÍTULO IV
CAMPO DE
PRÁTICA,
CAMPO DE
APRENDIZADO

AS EXPERIÊNCIAS NA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE O INTERNATO

Fernanda dos Santos Ribeiro

“O médico que apenas sabe Medicina, nem Medicina
sabe.”

Abel Salazar

Sempre acreditei que a relação médico-paciente é fundamental na busca pelo diagnóstico. Acolher, ouvir e atender fazem parte da rotina de todos os profissionais na área da saúde.

Dessa forma, penso que o âmbito da atenção básica tem como característica tornar o profissional mais acessível aos pacientes e, principalmente, favorecer um maior conhecimento de suas demandas. É a partir das visitas domiciliares, por exemplo, que são diagnosticadas situações de risco, qualidade do amparo familiar, entre outros.

Desde o início de minha formação acadêmica, a atenção básica esteve presente em atividades de cenários externos e de monitoria. Foi desta forma que compreendi a necessidade do diagnóstico biopsicossocial e de compreender o outro como conjunto, não apenas como um diagnóstico/doença.

O início do internato possibilitou o retorno à atenção básica, desta vez em duas cidades com estruturas bem distintas: Teresópolis e Rio de Janeiro. A princípio, imaginei que não haveria tantas diferenças, visto que ambas estão no Sistema Único de

Saúde. Doce ilusão. O que encontrei foram duas maneiras distintas de assistência à saúde.

Em Teresópolis, o sistema ainda é baseado na necessidade constante de encaminhamentos. O paciente tem a visão de que aquele ambiente serve apenas para conseguir uma consulta com cardiologista, endocrinologista, ortopedista, entre outros especialistas. Alguns já entram no consultório pedindo o encaminhamento sem nem ao menos citarem o que estão sentindo, suas demandas e anseios.

Assusta-me a visão de que “postinho” não resolve problemas.

Já no Rio de Janeiro, a primeira mudança impactante é o tamanho das Clínicas de Saúde da Família, a quantidade de médicos e enfermeiros por equipe, a realização de procedimentos na própria unidade e a facilidade para o encaminhamento. Sem dúvidas, me senti em um local onde o fluxo funciona.

A todo momento, aprendi o quanto é necessário esgotar as queixas dos pacientes, ouvir suas demandas, ser médico e construir uma relação com aquelas pessoas que fazem parte da sua profissão diariamente. Vi princípios do SUS sendo colocados em prática a cada consulta: universalidade num ambiente com classes sociais tão distintas e equidade entre os cidadãos. Todos num mesmo ambiente satisfeitos com o que lhes é ofertado e gratos pela mudança no estilo do serviço prestado.

Meus preceptores foram muito além do que eu esperava. Além de excelentes profissionais e estarem preparados para suprir às demandas dos pacientes, também me mostraram o quanto uma formação especializada em saúde da família faz diferença no tratamento. Creio que este é um ponto que também diferencia as duas cidades. Enquanto na cidade serrana pouquíssimos profissionais apresentam essa especialização, no Rio de Janeiro os profissionais escolheram exercer saúde da família.

Outro diferencial é a realização de procedimentos dentro da própria clínica. Aprendi a realizar lavagem de ouvido, acompanhei uma punção de joelho e auxiliiei na colocação de um Dispositivo Intrauterino (DIU), atividades que em Teresópolis necessitariam de encaminhamentos, o que sobrecarrega ainda mais a atenção secundária e terciária.

Assim, acredito que é fundamental a mudança não apenas na gestão da atenção básica em Teresópolis, como também no entendimento por parte do paciente do que é uma unidade básica de saúde. Os antigos “postinhos” estão relacionados a filas e senhas durante a madrugada, sem certeza de consulta, o que dificulta a formação da relação médico-paciente. Isto deve ser mudado, afinal, este ambiente é fundamental para promoção e prestação de serviços de saúde.

Acredito muito no potencial de Teresópolis no âmbito da saúde e que mudanças precisam ser feitas para que ocorra diminuição das filas de espera por atendimentos especializados e

de gastos com complicações de doenças como hipertensão arterial e diabetes, que podem ser controlados na atenção básica.

Ambas as experiências contribuíram para a minha formação acadêmica. Agradeço imensamente a todos os profissionais com que estive neste período, pois sempre estiveram dispostos a me auxiliar na procura pelo conhecimento. Mais do que futura médica, saí destes locais mais humana, o que fará total diferença nas minhas experiências futuras e escolha da especialização.

UMA EXPERIÊNCIA EM CLÍNICA DA FAMÍLIA NO RIO DE JANEIRO E SEUS DESAFIOS PRÁTICOS CULTURAIS E FINANCEIROS

Flamaryon Ribeiro Nogueira

No meu nono período de estudos em Medicina, fui designado, de acordo com o calendário acadêmico, para uma Clínica de Saúde da Família (CSF) no Rio de Janeiro. Estava muito apreensivo, dado ao fato de que após anos de má administração, corrupção generalizada e crise política e financeira, o Estado do Rio estava um caos. Assim, esperava encontrar um sistema desagradável ao aprendizado e à convivência pessoal.

A saúde da família é considerada a “ponta de lança” da atenção básica, onde, a partir de um acompanhamento de uma área delimitada com um certo número de famílias, desenvolvem-se ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e outros agravos.

Para fazer essas ações, há uma equipe formada por médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários, técnicos e auxiliares de enfermagem. Essa equipe tem como meta principal fazer um vínculo com a comunidade atendida a fim de conhecer profundamente sua realidade e prestar assistência integral aos problemas da população.

Fui inserido em uma CSF que se localiza na Ilha do Governador e logo me surpreendi. Acostumado com as Unidades

Básicas de Saúde da Família (UBSF) de Teresópolis, onde a população atendida é menor, percebi que o movimento na CSF era imensamente maior. Além disso, após uma apresentação da clínica pelos preceptores, observei que, comparando com a UBSF de Teresópolis, a CSF dispõe de um maior número de serviços, como ultrassonografia e radiografia, de acordo com o preconizado na literatura médica.

A situação financeira das famílias que vivem na comunidade que a CSF atende é bastante variada, indo desde as muito carentes até as de classe média. Tudo isso foi explicado na apresentação inicial, porém, percebi algo inusitado. Tenho amigos de várias faculdades, públicas e particulares, e algo que é comum é a resistência ao modelo de atenção básica, pois a consideram como uma área secundária da Medicina. Argumentam que essa resistência é devida ao tipo de trabalho realizado, ao salário e à falta de estrutura do serviço. Entretanto, no RJ, a equipe que nos acompanhou era formada por residentes em saúde da família e dois preceptores que tinham especialização nessa área. Nos meses que passei na CSF percebi que, apesar dos desafios financeiros do estado e do país, os exames e, principalmente, a farmácia, que era um dos serviços mais solicitados pela população, iam bem. A maioria das reclamações da clínica, também relatada por colegas de outros estados, era sempre o serviço de encaminhamento, que sempre demorava muito, principalmente os casos de cirurgia e

outros procedimentos que envolviam a atenção secundária e/ou terciária.

Em geral, no Brasil essa questão é bem deficitária, uma vez que o foco do SUS é a atenção básica. Não sei dizer se esse problema já ocorria antes ou se surgiu apenas após a saúde da família ser implementada.

Depois de conhecer a comunidade e visitar algumas famílias com a equipe, percebi que a realidade dos moradores que é mostrada na televisão, com os problemas sociais sendo superáveis pela alegria, é muito subestimada. Na verdade, o dia a dia das comunidades que visitei é muito mais triste em relação à saúde e ao saneamento básico. Além disso, não observei aquela alegria mostrada nas novelas e tão comentada no período em que estive ali. Na comunidade que me inseri, lugar onde o tráfico domina e a prostituição é elevada, percebi, através das consultas diárias, um sentimento mais de melancolia nas pessoas do que de felicidade.

Após várias visitas na comunidade, o sentimento de que tudo poderia estar pior do que está, me fez revisitar, na literatura, os conceitos da estratégia de saúde da família. Na minha experiência, vejo um serviço prestado na atenção básica ao usuário diferente do vislumbrado, pois mesmo estando em um ano de crise no país e no estado, o trabalho é feito com profissionalismo e amor pelos integrantes da equipe.

EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Rafaela Regina Silva

Como aluna do 9º período do curso de graduação em Medicina do Unifeso, atuei junto à atenção básica na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) na cidade de Teresópolis. Enquanto estive presente, eu e meus colegas de turma designados para a mesma unidade praticávamos diversas atividades semanais.

Cada dia da semana era destinado a uma atividade, incluindo clínica médica, saúde da mulher, pediatria e visitas domiciliares (VD). No horário do expediente, realizávamos os atendimentos supervisionados pelo preceptor e em conjunto com uma equipe multidisciplinar. Esses atendimentos se baseavam na anamnese, exame físico, solicitação e análises de resultados de exames, como por exemplo eletrocardiograma (ECG), hemograma, lipidograma, raio X (RX), ultrassonografia (USG) e, eventualmente, encaminhamentos. No dia da VD, visitávamos pacientes que por algum motivo estavam incapacitados de comparecer à unidade.

Nesse tempo em que passei lá foi possível observar o funcionamento político da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado em princípios como universalidade, equidade e integralidade. A universalidade garante o acesso universal a todo e qualquer cidadão aos serviços de saúde. De certa forma, essa ideia era posta em prática, pois observei que todo paciente recebia

atendimento adequado na unidade. Porém, percebi também que, às vezes, a obrigatoriedade do cartão SUS deixava aqueles menos instruídos de fora. A equidade tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça. No âmbito do sistema nacional de saúde, se evidencia, por exemplo, no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. A integralidade visa que cada pessoa é um todo indivisível, por isso as ações não podem ser compartimentalizadas. Porém, na minha experiência na UBSF, percebi que, apesar da assistência prestada, existiam limitações, não por culpa da equipe, que sempre estava disposta e cumpria o trabalho de forma correta, mas sim devido ao pouco que lhe era fornecido. Assim, diante de algumas situações o paciente precisava ser encaminhado para outro tipo de atendimento.

Além desses três princípios básicos, existem outros princípios estratégicos, tais como descentralização, regionalização, hierarquização e participação social. A descentralização visa a distribuição da responsabilidade das ações e serviços entre os vários níveis de governo. Pelo que percebi na unidade, isso de fato acontecia, visto que as próprias UBSF eram administradas pela prefeitura do município.

A regionalização e a hierarquização pregam que os serviços devem ser distribuídos geograficamente e de acordo com os níveis de complexidade. Essas duas características estavam presentes na unidade, porém, na minha opinião, penso que a oferta

dos serviços prestados poderia ser mais ampla, aumentando a capacidade na porta de entrada do SUS, como se observa em alguns locais maiores, que possuem eletrocardiograma, ultrassonografia, laboratório, entre outros serviços que facilitam o atendimento da população.

A participação social se refere ao empoderamento da população no processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução. Esse talvez foi o princípio mais difícil de ser observado no dia a dia, pois sabe-se que, nessa área, as decisões estão nas mãos de poucos sem a efetiva participação popular.

Diante disso, como minha inserção na atenção básica foi apenas na UBSF, não pude fazer uma comparação com outras realidades, mas percebi que a acessibilidade a tal unidade era fácil e abrangia grande parte da população adscrita. Apesar de sua frágil localização e reduzido tamanho se comparada ao tamanho da população assistida, sua funcionalidade era boa, mas seria de grande valia a melhoria do ambiente de trabalho dessa equipe, através de uma área maior ou até ampliando os serviços prestados, conforme já citado anteriormente.

O CHOQUE DE REALIDADE DOS MUITOS SUS

Ricardo Vitor Paiva

Em 2017, tive a honra e o prazer de vivenciar um pouco mais de perto duas realidades completamente diferentes no serviço de Atenção Básica do Programa de Saúde da Família, em dois locais no Estado do Rio de Janeiro. Sou aluno do Unifeso, cursando o quinto ano da Faculdade de Medicina de Teresópolis, em regime de internato.

Desde o final de 2015, por uma dificuldade política e de gestão pública local, a faculdade viu-se obrigada a buscar novas alternativas para inserir seus alunos na atenção básica, em atendimento a uma exigência curricular do Ministério da Educação (MEC). A capital do estado parecia uma excelente alternativa que atenderia muito bem o que faculdade procurava: tinha um serviço grande, funcionando a todo vapor, com profissionais capacitados e que aceitavam receber os graduandos. Pois bem, uma parceria entre a faculdade e Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro resultou em um convênio, a partir do qual os internos do nono período deveriam se revezar entre as poucas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) de Teresópolis e as Clínicas de Saúde da Família (CSF) da cidade do Rio de Janeiro.

Parecia tudo perfeito! Por alguns meses, os alunos iriam ter uma nova experiência: desceriam para o Rio de Janeiro, atenderiam nas CSF e retornariam a Teresópolis no mesmo dia. No entanto,

num primeiro momento, não foi isso que aconteceu. As várias manifestações de violência na cidade do Rio de Janeiro e as localizações das CSF conveniadas, muitas vezes próximas a algumas comunidades perigosas, assustaram os alunos e seus familiares. Foi preciso muita conversa por parte da faculdade com os alunos, para que ficássemos tranquilos a respeito da segurança. Ao mesmo tempo, a cada dia que se passava, nós enxergávamos cada vez mais a situação deplorável das UBSF de Teresópolis, que por um problema de gestão pública, piorava gradativamente. Não havia outra saída, os alunos teriam que descer a serra e mais tarde iríamos agradecer por isso.

As opiniões dos primeiros internos (nossos veteranos) foram um pouco divergentes, mas a grande maioria falava muito bem. Destacavam vários pontos positivos, tais como a modernização e informatização das clínicas com os prontuários eletrônicos, solicitações de exames e a realização de alguns no próprio local, além de uma "farta" farmácia interna. A cada conversa com um veterano, me atiçava cada vez mais a vontade de chegar ao tão sonhado internato.

Não demorou muito e lá estava eu, frequentando a querida CSF localizada na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, na qual tive um prazer enorme de ter "trabalhado" e convivido com profissionais tão dedicados e que gostavam do que faziam.

No início, confesso que não foi nada fácil. Acordar às 05h30m da manhã, fazer as marmitas no dia anterior, caminhar

até a faculdade, pegar o ônibus e descer a serra... Não era nada agradável e o bom humor matinal dos colegas era de dar inveja a qualquer pessoa. Mas conforme os dias iam se passando, nós fomos nos acostumando e tudo ia se adequando.

Já no primeiro dia, fomos muito bem recebidos pela diretora da clínica e nossas preceptoras com um generoso café da manhã e, em seguida, fomos apresentados a toda clínica e depois divididos em equipes. Éramos um total de oito pessoas divididos em dois grupos de quatro e equipe INPS. Tal divisão correspondia à área de abrangência territorial que cada equipe deveria atender.

Foi um período de grande experiência e muito aprendizado. A qualquer dúvida nos acompanhamentos e atendimentos, consultávamos os outros internos e o médico e, ao final, a conduta era discutida com o médico preceptor. Creio que esse era o momento de cada interno ter mais autonomia na tomada de decisões, obviamente sempre sob supervisão, e acredito que a estratégia adotada pela minha preceptora contribuiu para esses resultados.

Uma das coisas que me chamaram bastante atenção foi o vínculo construído naquela clínica entre médicos, pacientes e agentes comunitários: sabia-se onde cada paciente morava, a qual família pertencia, que doença tinha, há quanto tempo não ia à unidade, incluído aí a busca ativa dos pacientes (principalmente gestantes), além das visitas domiciliares semanais.

Vi o Sistema Único de Saúde (SUS) funcionando na prática. Funcionando mesmo! Solicitações de exames e sua realização em tempo adequado para uma intervenção assertiva, encaminhamento para profissionais especialistas sem muita demora (o paciente muita das vezes já saía da sala com seu encaminhamento na mão, com local e data já marcados), tudo isso com auxílio da internet. Trabalhar em um local assim, em que você, como profissional, consegue intervir e solucionar os problemas de saúde dos seus pacientes era realmente gratificante e estimulador.

Quando meu rotatório nas clínicas do Rio de Janeiro chegou ao fim e tive que vir para as unidades de Teresópolis, encontrei uma realidade completamente diferente. Talvez por um problema de gestão política da cidade, a situação não era nada boa na Atenção Básica do município nessa época. A cada ida à unidade uma frustração, e junto com ela uma vontade imediata de retornar às clínicas do Rio de Janeiro.

O que mais me intrigava era ver que regiões tão próximas fisicamente, funcionavam de maneira tão diferente. A começar com a informatização. Enquanto lá "embaixo" era tudo computadorizado, aqui vivíamos a era dos prontuários escritos à mão, com as dificuldades de se entender o que o último atendente havia escrito, ou que muitas das vezes eram perdidos em meio aos milhares de arquivos. Assim, a cada consulta perdia-se um tempo enorme colhendo a história do paciente novamente. O mesmo acontecia com as receitas e os encaminhamentos. Em uma mesma

sala, atendia-se dois pacientes ao mesmo tempo, violando a privacidade dos mesmos e prejudicando a qualidade das consultas. Medicamentos na farmácia da unidade? Nem pensar, aliás, nem farmácia tinha. Os medicamentos prescritos aos pacientes, até mesmo os de uso contínuo, ou eram retirados (raríssimas vezes) em uma unidade maior no centro da cidade, ou mais frequentemente, os pacientes eram obrigados a comprá-los.

Acredito que por uma questão política e até "cultural" da situação da saúde da cidade de Teresópolis, na minha visão como Interno do curso de Medicina, não vejo em tal cenário uma boa forma de aprendizado acadêmico. Poderíamos dizer que pouquíssimas coisas funcionavam e de forma precária. Os funcionários pareciam nada estimulados, o que acabava, de certa forma, influenciando os alunos. Na minha opinião, falta muita coisa... Só não arrisco dizer que minha escala de aprendizado decresceu com minha vinda a UBSF de Teresópolis, porque isso tudo me serviu como alerta para a verdadeira realidade do mundo do trabalho na saúde, não só na cidade de Teresópolis, mas na grande maioria das cidades do meu país, infelizmente. Além disso, também percebi que, na minha situação de aprendiz, nem sempre terei alguém que auxilie o meu aprendizado, e que se eu quiser sobressair na minha profissão, terei que seguir muitas vezes por meios próprios e tentar fazer a diferença.

Em conclusão, comparando os dois cenários em que atuei, ambos serviram como diferentes formas de aprendizado. Digamos

que a clínica do Rio de Janeiro me auxiliou no aprendizado acadêmico, na relação médico/paciente, no meu raciocínio clínico e na abordagem terapêutica. Já a unidade de Teresópolis serviu para me "acordar pra vida". Não acredito que uma unidade seja melhor que a outra, o que existe são diferentes condições de trabalho.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO INTERNATO DO UNIFESO NA ATENÇÃO BÁSICA

Diogo Rocha de Souza
Thaís Menezes Abreu

Nesse relato de experiência serão abordados assuntos do Internato do Unifeso na Atenção Básica tanto em Teresópolis quanto no Rio de Janeiro.

No início de abril, retornamos a Teresópolis após o Internato Eletivo que, por sinal, foi uma grande experiência. Reunimo-nos em uma das salas do prédio da Medicina para fazer os sorteios e divisões de grupo e, em alguns minutos e após algumas discussões, tudo foi resolvido. O combinado foi que estaríamos atuando durante a primeira parte do Internato na Atenção Básica em Teresópolis, e a unidade que nos foi sorteada era na zona rural da cidade. A segunda etapa seria na Clínica de Saúde da Família (CSF), no Rio de Janeiro. A princípio não gostamos muito da primeira etapa, por ser uma unidade relativamente longe de onde morávamos e, como íamos por meios próprios, de certa forma sairia caro, devido aos altos preços da gasolina.

No primeiro dia do internato em Teresópolis acordamos cedo, pois ainda não conhecíamos o local exato da unidade em que iríamos atuar. O que impressionou, já no primeiro momento, foi a beleza das plantações de legumes e verduras que eram cultivadas

e que formavam a paisagem da estrada, e a reflexão de que grande parte dos vegetais que eram comercializados em toda Teresópolis e região era oriunda dali. Após percorrer os 22 km chegamos, enfim, à UBSF. No local havia uma igreja na entrada, poucas ruas, algumas casas e um centro comercial onde funcionavam padaria, papelaria, mercearias e alguns bares. Ao chegarmos à unidade nos deparamos com um espaço de aproximadamente 900 m², cuja estrutura era basicamente formada por uma sala de espera, dois consultórios, uma sala da odontologia, uma sala de vacinação, uma sala de medicamentos, uma cozinha e um banheiro. Apesar da existência de um cômodo para a farmácia, não havia medicamentos na unidade.

A instalação era pequena, mas bastante acolhedora. Nas paredes, cartazes de campanhas de vacinação, sobre sinais e sintomas de tuberculose, contra dengue e doenças sexualmente transmissíveis (DST) compunham a decoração do local. Na sala de espera eram ofertados preservativos masculinos e femininos.

Nossa rotina basicamente era formada por atendimentos a pacientes já marcados e visitas domiciliares. A médica da unidade, nossa preceptora, nos deixava bastante à vontade para atuarmos, sob supervisão e sermos proativos em relação ao papel do interno de Medicina. Além dela, havia uma enfermeira, que era responsável pela vacinação e por alguns atendimentos de parte da população que residia no bairro, e também alguns agentes comunitários de saúde, que ajudavam na construção do vínculo dos pacientes com

a unidade e que sempre nos acompanhavam nas visitas domiciliares.

Durante as consultas percebíamos o grau de importância que os pacientes davam àquele momento. Sabíamos que, em muitos casos, aquela era a única oportunidade de acesso ao sistema de saúde, em função do baixo nível socioeconômico da população local.

Foram propostas algumas visitas domiciliares que eram feitas de carro devido à distância das casas dos pacientes. Quanto mais explorávamos aquela região mais ficávamos admirados com o verde das paisagens. Em uma dessas visitas, fomos à casa de uma paciente idosa, acamada, portadora de Alzheimer e diabetes tipo 2. Fomos muitíssimo bem recebidos por suas duas filhas, que nos contaram que a mãe havia iniciado um quadro de tosse há quinze dias, que passou a ser produtiva alguns dias após. Além disso, relataram falta de ar e um mal-estar geral da paciente. Negaram febre, vômitos e diarreia.

Em uma outra visita domiciliar, encontramos uma paciente de dezessete anos, que nos relatou a história de parada de sangramento menstrual há sete meses. Foi investigada uma possível gestação com exames de beta HCG e ultrassom transvaginal (USG TV) e, apesar de ser a etiologia mais provável, o resultado foi negativo. Assim, iniciamos investigação para amenorreia, solicitando análise de hormônio tireoestimulante (TSH) e prolactina.

As semanas seguiram e logo começamos a descer a serra para o Rio de Janeiro, para a CSF, localizada na Ilha do Governador. Fomos muito bem recebidos, com sorrisos e gentilezas, desde o faxineiro até a gerência. A clínica era muito nova, tendo somente oito meses de inauguração e, talvez por isso, tudo funcionava muito bem. Sua estrutura contava com um espaço de aproximadamente 2200 m², com um jardim em seu interior, que embeleza e deixava o lugar mais hospitaleiro. Esse espaço ainda dispunha de consultórios, salas de procedimentos, observação e vacinas, consultório odontológico (com quatro cadeiras para procedimentos), farmácia, auditório para reuniões e refeitório.

Além do mais, eram oferecidas ações e práticas sociais com o intuito de abolir o preconceito entre raças, sexo, religião, opção sexual, reuniões para tratamento da dor (CuidaDOR), cegonha carioca e academia carioca. Uma equipe multiprofissional composta por médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, professor de educação física e outros profissionais de serviços especializados nas consultas de matriciamento, como, por exemplo, dermatologia e psiquiatria.

Na clínica atuavam oito equipes. Cada equipe era responsável pelo cuidado em saúde de quatro mil pessoas residentes naquela área. Em nossa equipe, ainda não tínhamos esse total de usuários cadastrados, entretanto, esse número estava bem próximo de ser alcançado, mesmo com tão pouco tempo de atuação na região.

Nos foi proposto conhecer todas as áreas de atuação do serviço, incluindo acolhimento, territorialização, consultas e procedimentos. Em uma visita ao território, na comunidade próxima à clínica do Morro do Dendê, área bastante vulnerável, tivemos a oportunidade de conhecer como é viver naquele lugar. Observamos as condições de moradia e de saúde daquelas pessoas. Naquela ocasião, nos deparamos com alguns usuários e traficantes de drogas armados que atuavam naquele local com bastante liberdade.

Tivemos a oportunidade de atender aos pacientes já marcados e também aos de demanda. Em uma dessas consultas, atendemos uma paciente de onze anos, acompanhada de sua mãe de 49 anos, com histórico de atraso menstrual. Após realizarmos uma anamnese detalhada, vimos que se tratava de um atraso fisiológico.

Nessa mesma consulta, quem demonstrou a necessidade de um apoio naquele momento foi a mãe. Ela estava muito nervosa e nossa preceptora percebeu a necessidade de conversarmos com ela em separado. Pedimos para que a filha saísse do consultório e, então, a mãe da paciente começou a chorar intensamente. Nesse momento, ela nos relatou estar muito triste, afirmando que não queria se levantar da cama e que não conseguia se alimentar direito, pois não estava com fome há algumas semanas. Relatou se sentir enjoada ao sentir cheiro de comida. Em casa chorava frequentemente trancada no quarto, para que seus filhos não lhe

vissem chorando. Contou já ter sentido vontade de se machucar, mas lembrava de seus filhos, que eram sua conexão com a vida. Nossa preceptora nessa ocasião, conduziu uma conversa exemplar com a paciente e conseguiu orientá-la e tratá-la em conjunto com o psiquiatra, tudo graças à humanidade e competência da médica, auxiliada pela conduta terapêutica prescrita. Aprendemos muito nesse dia.

Em ambas as experiências, percebemos, acima de tudo, que a humanidade do médico é essencial para o tratamento correto do paciente. É necessário que o médico tenha noção da realidade em que está inserido o seu paciente e, assim, prescreva o tratamento e a linha de cuidado específicos e em caráter individualizado. É claro que na nossa formação temos diversos conteúdos e doenças específicas para estudar e, por isso, ao longo desse tempo, tivemos que nos aprofundar em doenças cotidianas da população como: hipertensão primária, diabetes, pneumonia comunitária, cefaleia, lombalgia, anemias e depressão.

Porém, o maior ensinamento que ficou foi o de que o médico deve, acima de tudo, prestar atenção ao seu paciente como um todo, entendendo além de suas queixas a situação de saúde em que ele está inserido, de maneira que para além da doença, o paciente também seja tratado e sinta-se seguro com o médico em questão.

MINHA EXPERIÊNCIA COMO INTERNO NA ATENÇÃO BÁSICA DE TERESÓPOLIS

Victor Hugo da Costa Palatnic

Meu nome é Victor Hugo da Costa Palatnic, tenho 25 anos e, atualmente curso o nono período do curso de Medicina do Unifeso. Neste período, tive a oportunidade de cumprir parte da carga horária do internato na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), no município de Teresópolis. Considero esse período como único e de suma importância para a minha formação a atuação nessas unidades, pois me aprofundei em diversas áreas da Medicina, passando a entender melhor sua real aplicação prática. Não menos importantes foram as visitas domiciliares que realizei, a partir das quais observei a difícil realidade de grande parte da população adscrita às unidades.

Particpei de projetos realizados pela unidade, como campanhas de vacinação e caminhadas em prol da saúde. Apesar do vasto conhecimento teórico adquirido nesse período, destaco a importância da prática adquirida com a ajuda de nossa preceptora, interessada, dedicada e com excelente didática.

A UBSF localizava-se em uma área central e estratégica e os serviços oferecidos eram vastos, variando desde simples consultas de puericultura e aferição de pressão arterial até a realização de todo pré-natal de gestantes cadastradas. A medicação para tratamento de doenças crônicas como diabetes e

hipertensão arterial até patologias agudas como infecções era fornecida pela unidade. Cabe ressaltar a capacidade limitada de atendimento e tratamento adequado de patologias mais específicas e complexas, estando, por esse motivo, a unidade apta a encaminhar tais casos para serviços especializados, como pneumologia, cardiologia, gastroenterologia, otorrinolaringologia, ginecologia, dentre outras.

A alta prevalência de doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, foi observada pela grande demanda de pacientes no dia da semana destinado ao atendimento exclusivo das mesmas, denominado Hiperdia.

A visita domiciliar propiciava não somente proximidade dos profissionais da área da saúde com a população como também garantia acesso às pessoas com incapacidades físicas aos serviços. Vivenciei a verdadeira realidade não só dos moradores cadastrados na unidade, como também da maioria esmagadora dos brasileiros.

Particpei de uma importante caminhada contra o tabagismo, um problema de saúde pública em nosso país. Considerando o que estudei, um terço da população mundial adulta fuma, estando o Brasil acima da média mundial de fumantes, sendo de suma importância a prevenção primária de patologias secundárias ao tabagismo.

Vale ressaltar as inúmeras campanhas de vacinação realizadas na UBSF, com grande êxito, por atingir quase que a

totalidade dos cidadãos cadastrados e inclusos no grupo de indicação para vacinação. Duas campanhas em destaque merecem ser citadas, a da gripe em que foram oferecidas vacinas contra o vírus influenza, e a da febre amarela, que não só obtiveram adesão da maioria esmagadora dos habitantes da região como também de outras localidades não pertencentes à UBSF.

Contudo, apesar de todos os pontos positivos supracitados quanto ao meu aprendizado e vivência que adquiri, infelizmente a realidade da UBSF quanto à sua real aplicabilidade e o que é proposto pela mesma na teoria é bem conflituosa. Presenciei diversas falhas em ambas as unidades que frequentei, todas relacionadas à precária condição socioeconômica do país. Deparei-me com a falta de verbas por parte do governo referente ao repasse em âmbito estadual e municipal, refletindo em grande déficit quanto a realizações dos mais simples exames laboratoriais, agendamento de consulta com profissionais de determinada área específica de atuação, distribuição de fármacos pelo qual a unidade se propôs a fornecer.

CAPÍTULO V

RELATOS DO

QUE APRENDI

UMA ATENÇÃO BÁSICA, DUAS PRÁTICAS COMPLEMENTARES

Beatriz Castro de Sousa

Iniciei meu ano como interna do nono período do curso alocada na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no município de Teresópolis, Rio de Janeiro. A unidade contava com três salas de atendimento, uma sala para pré-consulta com a enfermagem e outra para questões administrativas. A unidade era constituída por um médico, enfermeiras, agentes de saúde e os internos de Medicina.

Na primeira semana, fomos orientados quanto às expectativas do nosso trabalho no local, como proceder na consulta com os pacientes e no preenchimento de prontuários, exames, encaminhamentos e documentos referentes aos pacientes do dia. A divisão de atendimento na unidade era feita de forma que havia um dia específico para atendimento às gestantes, crianças, grupo de Hipertensão, consultas clínicas e visitas domiciliares.

Como interna, tive a oportunidade de atender aos pacientes sob supervisão do médico responsável. No caso, era meu trabalho colher toda a anamnese, realizar o exame físico e pensar em uma conduta para o caso. Isso era relatado ao médico da unidade, que poderia concordar, discordar ou complementar meu raciocínio sobre a hipótese diagnóstica e o que poderia ser feito para tal paciente. Após a orientação final do médico, eu poderia

fazer solicitações de exames e encaminhamentos e auxiliar no preenchimento de receitas.

No cenário de Teresópolis, devido a essa postura mais ativa que me foi requerida, vivi mais momentos de dúvidas. Durante meu tempo no local, estudei sobre as medicações prescritas, os casos que vi e procurei agir com os pacientes da forma mais profissional e humana possível. Com o tempo, ganhei mais segurança no trabalho realizado e as consultas pareciam fluir com mais naturalidade.

No cenário do Rio de Janeiro, fui inserida na Clínica de Saúde da Família (CSF) e desde o primeiro dia, era clara a diferença entre as duas unidades quanto a sua estrutura. Enquanto em Teresópolis a unidade era pequena e contava com poucos profissionais de saúde, a do Rio de Janeiro era visivelmente maior. A unidade se localiza na Ilha do Governador e é composta por duas equipes. Cada equipe possui um médico preceptor, dois residentes em Medicina da família e comunidade, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes de saúde. Os alunos eram divididos em duplas e cada dupla acompanhava um residente nas consultas.

Como interna, era requerido, de início, que eu observasse os residentes, e após me familiarizar com o processo, realizar os exames físicos, complementar a anamnese e, por vezes, conduzi-las. Realizávamos as consultas e nos reportávamos ao preceptor para traçar a conduta.

No início, sentia-me incapacitada para realizar quaisquer tarefas naquele local. Tanto a condução de consultas quanto o sistema eram diferentes de Teresópolis. Ademais, o sistema era todo computadorizado. A primeira semana foi um período de adaptação a esse novo modelo de atenção básica, tão distinto daquele que já havia me adaptado em Teresópolis.

Com o tempo, fui observando e aprendendo com os médicos, que se mostraram muito disponíveis para me ensinar o funcionamento da unidade como um todo, a mexer no prontuário eletrônico e a conduzir consultas. Sentia-me mais calma para realizar as consultas, sabendo que o residente estava ao meu lado para corrigir possíveis erros devido à minha inexperiência.

Nesse cenário, pude vivenciar situações bem diferentes das que vi em Teresópolis, como um caso de herpes cutânea que até então apenas tinha visto fotos em livros. Tive a oportunidade de participar da campanha de vacinação contra a febre amarela e acompanhar o procedimento na consulta de um paciente psiquiátrico na presença do médico e do psicólogo.

As duas experiências foram válidas para mim como estudante. Em Teresópolis, pude trabalhar bem a realização de anamnese e exame físico e, no Rio de Janeiro, pude agregar mais conhecimento e aperfeiçoar essas habilidades. Posso finalizar esse relato afirmando que as atividades foram complementares entre si.

RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CENÁRIO DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

Igor Gomes Breguez Rocha
Rui Henrique de Cesaro

Iniciamos as atividades competentes ao nono período do Curso de Graduação em Medicina do Unifeso, sendo destinados à Unidade de Saúde da Família em Teresópolis. A semana de atividades era dividida por especialidades, que variavam entre saúde da mulher, pediatria, clínica médica e visitas domiciliares.

A região onde nos inserimos é uma região muito conhecida no município de Teresópolis, pois lá foi um dos locais mais afetados pela tragédia causada pelas chuvas, em 2011. Essa tragédia gerou inúmeras vítimas, que acabaram por construir um ambiente socialmente abalado, não apenas por ela, mas também pela situação econômica que afetou aquela população. Estes fatos são fundamentais para entendermos a necessidade de uma equipe bem estruturada no âmbito da Medicina da família e comunidade. Foram essas as primeiras impressões que obtivemos ao frequentar aquela região.

Com o passar dos dias, à medida que fomos realizando um volume maior de consultas, percebemos ainda mais o efeito da tragédia na vida de cada habitante local, já que muitos deles eram usuários inveteráveis de medicamentos de ação no sistema

nervoso central (clonazepam), sendo as principais queixas dos pacientes relacionadas com a insônia.

Além das questões psicossociais, observamos que a região também sofria com problemas de saneamento básico, com lixo espalhado por todos os lugares, além do excesso de cães soltos pelas ruas, o que se apresentou em forma de múltiplas queixas de pacientes com alterações gastrointestinais. Ao analisarmos os exames, constatamos que muitos estavam contaminados por vermes como giárdia e ancistostomídeos. Após esta constatação, passamos a realizar exames como EPF (exame parasitológico de fezes), objetivando fazer uma abordagem mais ampla da população.

Um ponto importante que deve ser frisado é que a região não possui, no momento de nossa inserção, uma unidade própria, mas sim um espaço cedido por uma igreja da comunidade. Este fato se reflete na ausência de infraestrutura adequada para um atendimento primário de qualidade. A falta de uma farmácia na unidade obriga os pacientes, muitos idosos e famílias bastante carentes, a se deslocarem de ônibus até o centro da cidade para a retirada de medicamentos de necessidades básicas, como para tratamento de hipertensão arterial sistólica (HAS) e diabetes mellitus (DM). Este fato eleva os custos para os pacientes, que já dispõem de um orçamento enxuto e também cria um empecilho para os idosos, muitos com dificuldade para se locomoverem devido às inúmeras comorbidades.

A respeito da equipe em que fomos inseridos, o que podemos ressaltar é que, inicialmente, existiu uma certa resistência quanto à nossa presença, já que, no passado, havia trabalhado com alunos de períodos inferiores que, para a equipe, não tinham adotado postura adequada ao trabalho em campo, criando um certo preconceito. Tal fato acabou por resultar nesse impasse que, com o passar dos dias, foi deixando de existir, pois mostramos que o nosso objetivo naquele momento era apenas de colaboração e facilitação do trabalho de todos. Percebemos como é importante e desafiador o trabalho em equipe e a postura ética e profissional dentro do ambiente de trabalho. Nos últimos dias de atuação, ouvimos palavras de incentivo e parabenização por parte da equipe.

ESTÁGIO NA ATENÇÃO BÁSICA, A EXPERIÊNCIA DE UM INTERNO DE MEDICINA NAS CLÍNICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Lorena Santana Calderon

Sabe-se que tanto a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) quanto as Clínicas de Saúde da Família (CSF) buscam prover saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade na resolução de seus problemas. Representam a principal porta de entrada para toda a Rede de Atenção à Saúde e instalam-se na proximidade das residências das pessoas para, assim, desempenhar um papel central, garantindo acesso da população a um atendimento de qualidade. Entretanto, as clínicas ampliadas representam um marco da reforma da atenção primária no Rio de Janeiro, pois contam, na prática, com a integração de uma equipe multiprofissional e uma maior quantidade de recursos para poder realizar todos esses objetivos.

Iniciei o estágio em regime de internato na atenção básica, na CSF localizada no município do Rio de Janeiro. Permaneci pelas cinco semanas seguintes, trabalhando, juntamente às residentes em saúde da família, sob a supervisão de uma preceptora, quando retornei a Teresópolis para estagiar durante mais cinco semanas na UBSF.

Primeiramente, o que me chamou a atenção durante esse período foi a discrepância em relação à quantidade de medicamentos disponíveis nas unidades, uma vez que na CSF a disponibilidade era muito maior, ainda que também faltassem, como na UBSF. Ademais, a CSF demonstrava uma maior capacidade de atender pacientes tanto quantitativa quanto qualitativamente, pois apresentava maior número de salas, consultas com especialistas (psiquiatria e dermatologia) e dispunha, também, de certos exames complementares que não eram realizados na UBSF, como ultrassonografia (USG), eletrocardiograma (ECG) e radiografias, os quais, conseqüentemente, facilitavam e agilizavam o atendimento. Ressalto, também, que a CSF atendia pacientes por demanda espontânea, independente da marcação de consultas, o que também a diferenciava da UBSF e contribuía para um atendimento mais abrangente da comunidade.

Apesar da maior estrutura da CSF, como estudantes de graduação, não tínhamos tanta abertura para atender os pacientes como na UBSF de Teresópolis. Realizávamos toda a consulta, desde a anamnese e exame físico até a elaboração da melhor conduta específica para cada caso, que era sempre discutida e ratificada pelo preceptor. Já na CSF, acompanhamos as consultas realizadas pelas residentes, que faziam a maior parte dos procedimentos necessários, uma vez que elas também estavam sendo avaliadas pela preceptora. Por exemplo, na clínica,

realizamos testes rápidos para HIV, sífilis e hepatite B, e passamos pela experiência de acompanhar a residente dando a notícia de um resultado positivo para HIV.

Sendo assim, observei vantagens e desvantagens quanto ao aprendizado em ambos os cenários, pois, na CSF, apesar de ter um maior número de pacientes, acesso a exames complementares e contato com especialidades, aprendi e compartilhei as experiências com as residentes. Já na UBSF, era possível um contato mais direto com o paciente, porém, os recursos eram mais escassos.

Tanto na UBSF quanto na CSF participei de grupos de hipertensão, diabetes e atendimento a gestantes. Na clínica, também participei de uma capacitação obrigatória do Ministério da Saúde sobre arboviroses. Realizei visitas domiciliares (VD) em duas áreas dentro do Morro do Dendê que, apesar do receio inicial sobre a segurança, foram tranquilas, pois as agentes comunitárias foram muito receptivas ao meu grupo. Infelizmente, não consegui participar das VD na UBSF, pois estas ocorriam em horários diferentes dos que eu estava na unidade.

Apesar das diversidades, tanto a CSF quanto a UBSF buscam atender da melhor maneira possível os seus pacientes. Quanto ao aprendizado, sinto que foi muito importante, como estudante de Medicina, passar pelos dois cenários e conhecer a realidade de dois municípios tão diferentes. Em um país tão vasto como o Brasil, essa grande variação na quantidade de recursos

oferecida por cada cenário, ajudou a aprender a lidar da melhor forma com as diversas possibilidades dentro da atenção básica. Nos dois cenários foi muito gratificante ter a oportunidade de trabalhar com as duas equipes e tê-las contribuindo positivamente para a minha formação.

A EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA DE TERESÓPOLIS E RIO DE JANEIRO POR UM INTERNO DE MEDICINA

Lucas Guimarães Nascimento

Durante meu internato, tive a possibilidade de vivenciar duas realidades diferentes na atenção básica do Estado do Rio de Janeiro. Fui inserido primeiramente na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) de Teresópolis, que está dentro no Programa de Saúde da Família (PSF), tendo como objetivos: intervir nos fatores de risco da população; prestar assistência na unidade de saúde e no domicílio; tratar as doenças de base mais comuns, como hipertensão arterial e diabetes, entre outros. Depois dessa experiência de um mês e meio, fui inserido, pelo mesmo período, na Clínica de Saúde da Família (CSF) na Ilha do Governador, Rio de Janeiro. As CSF são unidades de saúde do município que oferecem serviços na atenção básica, assim como as UBSF de Teresópolis, porém, possuem outras estruturas que permitem, além de uma abordagem mais abrangente da população, a realização de exames na própria clínica, como eletrocardiograma, radiografia, ultrassonografia, exames laboratoriais e teste do pezinho. Fica claro somente pela descrição que a diferença de investimento entre as unidades de saúde é grande.

Algo que me impressionou bastante quando comecei na CSF foi a estrutura, visto que era uma unidade nova que possuía

computadores em todas as salas. O programa digital utilizado permitia que tanto os agentes comunitários quanto os médicos e enfermeiros acessassem o prontuário eletrônico do paciente, acompanhando dados como consultas anteriores, visitas domiciliares, resultados de exames e as próximas consultas.

Além disso, a unidade possuía uma farmácia que oportunizava ao paciente, ao sair da consulta com a prescrição médica, retirar na hora a medicação, melhorando com isso a adesão ao tratamento.

Todas as salas eram equipadas para a realização de exame ginecológico de qualidade, com banheiro dentro do consultório para o paciente se trocar e a presença de um biombo para melhor conforto. Os consultórios possuíam também os equipamentos necessários para a realização da maioria dos procedimentos, como luvas, abaixadores de língua, espéculos descartáveis de diversos tamanhos, glicosímetro, esfigmomanômetro, entre outros.

Dentro da unidade, existia um núcleo de atendimento para pessoas com necessidades especiais, com profissionais da área de fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia. A estrutura era realmente muito grande e me impressionou bastante, pois até então só conhecia a realidade de Teresópolis, onde tive mais tempo para conhecer a realidade da atenção básica, pois além do internato, fui inserido nos dois primeiros anos da faculdade nas UBSF, nas quais realizava visitas domiciliares para avaliar os

fatores de risco e tratamento dos pacientes da região. No entanto, nesses espaços não dispúnhamos de uma estrutura moderna como no Rio de Janeiro. Os prontuários eram físicos, preenchidos à mão a cada consulta e colocados em envelopes com o nome do paciente e número do cartão SUS, para então serem arquivados. Não que isso pudesse impedir que um serviço de qualidade fosse oferecido, até porque antes de conhecer a realidade das CSF isso era normal para mim enquanto médico em formação. Porém, ao comparar as duas realidades, ficou claro que as facilidades tecnológicas ajudavam em muito a otimizar o tempo da consulta por preencher menos papéis e pedidos de exames.

A UBSF não disponibilizava, no momento do meu internato, de uma farmácia. Logo, para receber a medicação gratuita, o paciente deveria se dirigir ao centro da cidade e procurar a única unidade que dispensava os medicamentos. Isso claramente dificultava a adesão ao tratamento, em função da distância física dos locais e do custo de deslocamento.

Os consultórios da UBSF não eram adaptados para consultas ginecológicas e muito menos possuíam a disponibilidade de materiais como aqueles descritos na CSF. Por isso, quando tive contato com a estrutura do Rio de Janeiro fiquei tão surpreso. A diferença de investimento e a distinção de realidade entre municípios territorialmente tão próximos eram muito claras tanto no aspecto estrutural quanto econômico.

Durante a minha inserção no Rio de Janeiro, vivenciei situações distintas. Por exemplo, a médica que acompanhei na UBSF tinha residência em atenção básica e já possuía um trabalho de anos muito bem estruturado. Além disso, toda a equipe já se conhecia bem e era clara a coesão. A maioria dos pacientes que procurava a unidade, seja por livre demanda ou por consulta marcada, estava com suas doenças de base bem controladas, recebendo o tratamento correto para hipertensão arterial e diabetes, por exemplo. A maioria deles estava lá somente para consulta de rotina, esclarecimento de sintomas e tratamento. Mas também estive em uma CSF onde os pacientes eram divididos pelas regiões em que moravam.

Existiam três áreas atendidas pela clínica, com um médico por região. Ao longo de minha inserção, somente uma das médicas tinha residência em atenção básica e estava lá há bastante tempo, realizando um trabalho continuado. As duas outras médicas estavam há pouco tempo na clínica, e uma delas provavelmente sairia no final do ano, quebrando em parte a relação médico paciente, considerada importantíssima para uma atenção básica de qualidade. Na CSF, havia pacientes com suas doenças bem controladas e com o tratamento de base correto. Porém, percebi mais casos de pacientes sem o tratamento otimizado ou sem orientações sobre as suas patologias.

Logo, o que consegui concluir dessa curta, mas rica vivência na atenção básica de Teresópolis e do Rio de Janeiro, foi que ambas

possuíam pontos positivos e negativos. A CSF do Rio de Janeiro permitiu, pela estrutura, um trabalho muito mais coeso, em função da maior interação entre os membros da equipe pelo prontuário eletrônico e maior adesão dos pacientes. Porém, por causa das trocas constantes de médicos e outras variáveis, alguns pacientes careciam de uma maior atenção e esclarecimento quanto às suas doenças, além de um melhor controle dos fatores de risco. Acredito que melhoria desses aspectos seria possível com um trabalho continuado e integrado entre as equipes ao longo de um período de tempo.

Em Teresópolis, tive a sorte de acompanhar uma UBSF que tinha uma médica que estava realizando seu trabalho há bastante tempo e já conhecia o padrão da população adscrita, não significando que esse fenômeno se repetisse por todas as unidades da cidade. Ficou claro para mim que a falta de estrutura e investimento impediam um desenvolvimento de estratégias de cuidado e localização dos pacientes que mais precisavam de visita domiciliar, em função da dificuldade de busca dos prontuários. Essa experiência foi muito importante para mim, porque pude perceber que mesmo com estruturas físicas menos favorecidas é possível se fazer um atendimento de qualidade. No entanto, todas as unidades de saúde do Brasil mereciam ter o nível de recursos que as CSF da cidade do Rio de Janeiro possuem.

REDESCOBRINDO NOSSOS CAMINHOS

Maria Angélica Martinez Pajaro
Mariana Fernandes Pereira

Estávamos no nosso quinto ano de faculdade e, por inúmeras vezes, nos deparávamos com situações em que nos questionávamos se realmente estávamos no caminho certo, se valia a pena passar por tantas situações estressantes, que requeriam tanto de nós e que nos impediam de estar com nossos familiares e amigos. Sempre soubemos que não seria fácil, e que a Medicina não é apenas *glamour*, mas, de qualquer forma, acabamos esquecendo o real motivo por termos escolhido essa profissão tão nobre.

Durante nossas aulas de saúde pública estudamos sobre o SUS (Sistema Único de Saúde) e seus princípios: universalidade, equidade e integralidade. Vimos que qualquer cidadão brasileiro, independentemente de cor, sexo, religião e poder aquisitivo, tem acesso integral à saúde. Apesar de todas as aulas sobre políticas de saúde, não sabíamos ao certo como realmente elas eram aplicadas para toda a população.

Chegando ao nosso internato, finalmente conseguimos entender como funcionava e vivenciar o dia a dia do SUS. Fomos inseridas pelo Unifeso nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e Clínicas de Saúde da Família (CSF), que são os pilares da atenção básica e porta de entrada do SUS, onde se tem acesso à

vacinação, tratamento clínico de várias doenças, pré-natal, saúde mental, saúde bucal e várias atividades que envolvem toda a comunidade.

Dentro da atenção básica, primeiro frequentamos as CSF, na Ilha do Governador, Rio de Janeiro. São unidades informatizadas, compostas por várias equipes, com profissionais de diferentes áreas da saúde, como médicos de várias especialidades, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários e farmacêuticos. Cada equipe é designada a atender uma determinada área.

Desde o nosso primeiro dia, fomos muito bem recebidas e logo integradas ao dia a dia das clínicas. Tivemos a oportunidade de atender muitos pacientes, com casos de diferentes complexidades. Deparamo-nos com um caso em que foi necessário transferir o paciente para o hospital, pois seu estado era grave e precisava de atendimento imediato. Para isso, tínhamos disponível um *software* que estava presente em todos os consultórios, pelo qual era possível solicitar ambulância para transferência do paciente imediatamente, o que acabou sendo concluído com sucesso.

Pacientes que necessitavam de encaminhamento para alguma especialidade, conseguiam ser agendados prontamente, sem a necessidade de que ele fosse até a secretária de saúde. Outro fato que nos chamou muita atenção foram as atividades disponíveis para o paciente, como grupos de artesanato e

academia carioca. O paciente realmente era atendido como um todo, e não apenas a sua doença.

Foram cinco semanas gratificantes, de muito aprendizado, em que vimos como podemos fazer diferença na vida de pessoas tão carentes de atenção, que por vezes adoecem simplesmente como consequência de abandono. Aprendemos como o trabalho em equipe faz diferença para o paciente e, assim, conseguimos superar as dificuldades que aparecem no SUS.

Depois de cinco semanas, fomos alocadas na Unidade Básica de Saúde da Família em Teresópolis e mais uma vez fomos muito bem acolhidas. A unidade era composta por uma médica, uma enfermeira e agentes comunitários. Possuía sala de vacinação e alguns consultórios. A maior dificuldade que sentimos foi que a unidade não era informatizada. Por isso, todos os registros, solicitações e encaminhamentos deveriam ser escritos em papéis. Por vezes, sentimos que nosso atendimento era um pouco prejudicado, visto que a demanda de pacientes era grande e, portanto, muitos papéis deveriam ser preenchidos, não nos dando muita oportunidade de fazer uma consulta mais completa e confundindo um pouco os pacientes.

O fato de não termos disponível um sistema informatizado tornava lenta a dinâmica de referência e contra referência das consultas, pois primeiro o paciente deveria ir até a secretaria para tentar marcar consultas com outras especialidades e esperar ser chamado. Até alguns exames simples, como a ultrassonografia transvaginal, necessitavam que a paciente deixasse o pedido na

unidade, trouxesse cópias de seus documentos, para só depois o pedido ser enviado para a secretaria de saúde para ser marcado o exame. Muitos pacientes não conseguiam aguardar esse tempo, de forma que acabavam realizando o exame por conta própria ou até mesmo não o realizavam.

Mesmo com dificuldades, conseguíamos ter o retorno de muitos pacientes, o que nos deixava mais tranquilas, pois conseguíamos dar seguimento a esses atendimentos. Dentro do possível, resolvíamos o que surgia em nosso dia a dia. No entanto, se algum caso mais grave surgisse, não poderíamos dar o suporte adequado ao nosso paciente, visto que não tínhamos medicamentos suficientes.

A nossa inserção na atenção básica foi fundamental para nossa formação, pois nos deparamos com outra realidade. Vimos como o SUS, que é para toda a população brasileira, é diferente em relação ao acesso à saúde nas duas cidades. Tivemos duas experiências distintas, mas ambas enriquecedoras, tanto para a nossa vida quanto para a nossa futura profissão. Onde menos esperávamos, redescobrimos o porquê de termos escolhido ser médicas: fazer o bem ao próximo, independente do que tivermos como ferramenta, pois mesmo com pouco conseguimos fazer a diferença na vida dos nossos pacientes.

ATUAÇÃO DO INTERNO MÉDICO NA ATENÇÃO BÁSICA

Poliana Trabuco de Oliveira

O curso de graduação em Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos – Unifeso propicia aos alunos do internato vivência e atuação na atenção básica de saúde. As Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) geralmente são a porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde, além de permitir o acompanhamento e a realização de pequenos procedimentos. As unidades devem seguir os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): integralidade, universalidade e equidade.

Eu atuei como interna em três UBSF na cidade de Teresópolis/RJ no período de 16 de janeiro a 31 de março de 2017. Em todas vivenciei a importância da relação médico-paciente para a continuidade de um tratamento que muitas vezes é longo e difícil. No princípio, me senti insegura ao realizar os atendimentos, entretanto, em pouco tempo, a convivência diária com a equipe de saúde da família e com os pacientes me trouxe confiança. As consultas eram centradas nos pacientes e suas queixas, e o desafio, muitas vezes, era fazê-los entender a importância do tratamento não farmacológico, visto que é mais simples ingerir um comprimido a realizar mudanças no estilo de vida.

Um dos programas da atenção básica era o Hiperdia, em que pacientes com hipertensão e diabetes eram alocados em

grupos e tinham à disposição um acompanhamento diferenciado, com consultas reagendadas previamente e palestras sobre a importância dos cuidados com a alimentação e a prática de exercícios físicos. Um dia na semana da minha agenda era reservado para atendimento aos pacientes do grupo. Ao atender uma paciente com úlcera de difícil controle por diabetes mellitus descompensado, pude reiterar a importância do tratamento adequado para prevenção de complicações decorrentes dessas patologias.

Outro dia da semana era direcionado ao atendimento de pré-natal de baixo risco. Com isso, aprendi sobre a periodicidade das consultas (mensalmente até 28 semanas, quinzenalmente de 28 a 36 semanas e semanalmente a partir das 36 semanas), exames a serem solicitados e, principalmente, sobre o exame físico da gestante, importante para avaliar a vitalidade fetal e a saúde materna. Em cada consulta, eram aferidos peso e pressão arterial da paciente, além da medida da altura do fundo uterino e ausculta dos batimentos cardíacos fetais. Assim, toda gestante atendida pelo programa poderia prevenir complicações durante o período gestacional e se fosse evidenciada alguma alteração a paciente seria encaminhada ao pré-natal de alto risco.

Uma experiência de grande aprendizado para mim foi o acompanhamento de uma família através das visitas domiciliares, que eram realizadas a cada quinze dias, sempre em datas previamente combinadas com os pacientes. Na família que

acompanhei, o paciente que mais demandava atenção era o senhor A.X., de 69 anos, portador de hipertensão arterial e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) grave, com intensa dispneia aos pequenos esforços, o que o impossibilitava de comparecer às consultas. Com as visitas frequentes, o paciente tratou corretamente as suas patologias, além de ter recebido auxílio na cessação do tabagismo.

Os outros dias da semana eram dedicados à clínica médica para atendimento à demanda dos pacientes. Nesses dias, várias patologias eram vistas, inclusive algumas desconhecidas por mim. Fiquei impressionada com o conhecimento que o médico que atende nessas unidades deve possuir sobre Medicina geral, englobando todas as áreas.

Além de consultas, pude ver e ajudar na realização de vacinação, principalmente na campanha da febre amarela que foi realizada no meu período de vivência nas unidades, além de outros pequenos procedimentos como troca de curativos e retirada de pontos.

Dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde e vivenciadas também por mim incluíam a falta de recursos, no que tange a falta de medicamentos para oferecer aos pacientes e de materiais para a realização de procedimentos simples como os citados acima. Além disso, algumas visitas domiciliares eram impossibilitadas pela falta de veículo que levasse os membros da

equipe aos locais mais distantes. As únicas visitas realizadas foram às residências em que o trajeto pudesse ser percorrido a pé.

A falta de recursos financeiros dos pacientes também são dificuldades que vivenciei, já que muitas vezes tivemos que buscar alternativas para algum tratamento por impossibilidade de o paciente comprar a medicação e até mesmo um tênis para realizar uma caminhada que auxiliaria na redução dos seus níveis glicêmicos, por exemplo.

Diante do exposto, considero de grande aprendizado esse tempo de atuação nas unidades básicas de saúde, o qual impactou positivamente na minha formação. Após cada consulta, havia uma discussão do caso e dúvidas eram sanadas pelo preceptor. Caso fosse algo desconhecido para mim, eu estudava esse assunto para discutir no outro dia. Entre os temas que tive que estudar estavam artrite gotosa e conjuntivite, que apesar de serem queixas frequentes, eu ainda não tinha conhecimento suficiente para indicar um tratamento adequado. Além disso, adquiri conhecimentos sobre a relação médico-paciente, anamnese e exame físico, solicitação de exames, prescrição médica e o funcionamento das unidades básicas de saúde da família.



 **unifeso**

 **Editora UNIFESO**