

# Integração Academia, Serviço e Comunidade: um relato de experiência do curso de graduação em medicina na atenção básica no município de São Paulo

Integration University, Service and Community: a report of an experience of the  
undergraduate medical course in basic assistance in the city of São Paulo

Integración Universidad, Servicio y Comunidad: informe de una experiencia del curso  
médico de pregrado en ayuda básica en la ciudad de São Paulo

*Juliana Guisardi Pereira\**  
*Wânia Regina Veiga Martines\*\**

*Lúcia de Lourdes Souza Leite Campinas\*\*\**  
*Patricia Sampaio Chueiri\*\*\*\**

**RESUMO:** Uma nova forma de conceber o processo ensino-aprendizagem nas profissões da saúde no curso de graduação em medicina, tem ganhado espaço no país, nos últimos anos, e estimulado a implantação de diversas políticas de ensino, bem como iniciativas de instituições de ensino superior e do controle social em saúde. Tais ações costumam fundamentar na necessidade de mudanças no processo ensino-aprendizagem diante da incapacidade do setor em resolver a grande parcela dos agravos que incidem sobre a população. O estabelecimento de parcerias entre profissionais de saúde, instituições de ensino e comunidade, tem sido apontado pela literatura como importante estratégia para facilitar a construção do conhecimento a partir da reflexão crítica da realidade, da articulação entre teoria e prática e da integralidade da atenção. A disciplina Integração Academia, Serviço e Comunidade do curso de Medicina do Centro Universitário São Camilo tem por objetivo a formação de um profissional médico capacitado a atuar no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, guardando coerência com o perfil epidemiológico da população, promovendo a saúde integral do ser humano. Este estudo tem como objetivo relatar a implantação do ensino prático dessa disciplina em Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo, e as atividades propostas aos alunos para o alcance da articulação teórico-prática em torno da concepção ampliada do processo saúde-doença na atenção básica à saúde, assim como do trabalho interdisciplinar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação de graduação em medicina. Atenção primária à saúde. Prática profissional.

**ABSTRACT:** A new way of conceiving the teaching-learning process for health professions in undergraduate medical courses has gathered momentum in Brazil in recent years, and stimulated the implantation of several education policies, as well as initiatives of institutions of higher education and the social control in health. Such actions have been a response to the necessity of changes in the teaching-learning process due to the incapacity of the sector in solving the huge percentage of problems that affect the population. The establishment of partnerships between health professionals, teaching institutions and the community has been pointed by the literature as an important strategy to facilitate the construction of knowledge from the critical reflection on reality, the integration of practice and theory and integral assistance. The discipline Integration University, Service and Community of the medical course of São Camilo University Center has as its aim to prepare a medical professional able to act in the health-disease process in its different levels of assistance, in accordance with the epidemiological profile of the target population, promoting integral health of human beings. This study aimed to describe the implantation of practical teaching of this discipline in Basic Units of Health of the city of São Paulo, and the activities proposed to students in order to reach the theoretical-practical integration around the extended conception of the health-disease process and interdisciplinary work in basic health assistance.

**KEYWORDS:** Education, medical, undergraduate. Primary health care. Professional practice.

**RESUMEN:** Una nueva manera de concebir el proceso de enseñanza-aprendizaje para las profesiones médicas en cursos médicos de pregrado ha ganado impetu en el Brasil estos últimos años, y ha estimulado la implantación de varias políticas de educación, así como iniciativas de instituciones de enseñanza universitario y del control social en salud. Tales acciones han sido una respuesta a la necesidad de cambios en el de proceso de enseñanza-aprendizaje debido a la incapacidad del sector en solucionar el porcentaje enorme de problemas que afectan a la población. El establecimiento de aparcerias entre los profesionales de salud, las instituciones de enseñanza y la comunidad ha sido señalado por la literatura como estrategia importante para facilitar la construcción del conocimiento a partir de la reflexión crítica acerca de la realidad, la integración de la práctica y la teoría y la ayuda integral. La disciplina Integración Universidad, Servicio y Comunidad del curso médico del Centro Universitario São Camilo tiene como meta preparar un profesional médico capaz de actuar en el proceso de salud-enfermedad en sus diversos niveles de ayuda, de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población, promoviendo la salud integral de los seres humanos. Este estudio intenta describir la implantación de la enseñanza práctica de esta disciplina en unidades básicas de salud de la ciudad de São Pablo, y las actividades propuestas a los estudiantes para alcanzar la integración teórico-práctica alrededor del concepto extendido del proceso de salud-enfermedad y del trabajo interdisciplinario en ayuda básica de la salud.

**PALABRAS LLAVE:** Educación de pregrado en medicina. Atención primaria de salud. Práctica profesional.

\* Enfermeira. Mestre em Enfermagem em Saúde Coletiva pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Docente do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário São Camilo. E-mail: juguisardi@yahoo.com.br

\*\* Enfermeira. Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Docente do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário São Camilo. E-mail: wanregina@terra.com.br

\*\*\* Enfermeira. Doutora e Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Docente do Curso de Graduação de Medicina do Centro Universitário São Camilo. E-mail: lucia@scamilo.edu.br

\*\*\*\* Médica de Família e Comunidade da OS-ACSC. Vice Presidente da Associação Paulista de Medicina de Família e Comunidade. Docente do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário São Camilo. E-mail: patricia.chueiri@osacsc.org.br

## Introdução

Nas últimas décadas, diversas iniciativas instituídas pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação representadas por instituições de ensino superior e movimentos de controle social em saúde têm incitado o debate e a construção de uma política de orientação das práticas formativas de profissionais de saúde e do desenvolvimento dos recursos humanos em atuação<sup>1</sup>.

Tais iniciativas se fundamentam em um novo paradigma de ensino-aprendizagem crítico e reflexivo, o qual se justifica pela possibilidade do aluno compreender criticamente a realidade do sistema de saúde, onde está inserida sua futura prática profissional, e construir o conhecimento a partir da articulação entre teoria e prática e da experiência da interdisciplinaridade<sup>2</sup>.

Esse novo paradigma aponta para a necessidade de reorientar as relações entre profissionais de saúde, instituições de ensino e comunidade e de redefinir processos formativos para atuação em um mundo cada vez mais novo e em constante processo de transformação, garantindo o atendimento integral e humanizado à população<sup>3</sup>.

Nesse sentido, a articulação ensino-serviço-comunidade apresenta-se como importante estratégia para efetiva integração entre teoria e prática, devendo, também, se colocar a serviço da reflexão da realidade, possibilitando ao aluno elaborar críticas e buscar soluções adequadas para os problemas de saúde encontrados, guardando-se o compromisso e a responsabilidade com o usuário pelo cuidado para emancipação do outro<sup>4</sup>.

O curso de graduação em medicina do Centro Universitário São Camilo teve início em agosto de 2007, tendo modelado seu projeto pedagógico de forma a atender às

exigências das Diretrizes Curriculares Nacionais<sup>5</sup>, buscando a formação de um profissional médico com atuação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, guardando coerência com o perfil epidemiológico da população, pautado em princípios éticos, de forma a promover a saúde integral do ser humano.

A matriz curricular do curso é constituída por módulos que desenvolvem conteúdos integrados, abrangendo as diferentes áreas de conhecimento inerentes à formação médica. Oferece módulos horizontais, que propõem uma educação continuada ao longo dos vários semestres, acompanhados por módulos verticais temáticos que permitem aprofundar o conhecimento em temáticas específicas.

As disciplinas Integração Academia, Serviço e Comunidade (IASC) I e II fazem parte dos módulos horizontais e ocorrem no primeiro e segundo semestres do curso, respectivamente. Têm como finalidade estimular a aprendizagem auto-dirigida, articulando com a solução dos problemas reais que afetam a comunidade, bem como inserir o aluno precocemente no conhecimento e vivência da atenção primária à saúde. Cada disciplina compreende 40 horas em aulas teóricas na faculdade e 100 horas práticas em campo de ensino, de forma que desde o segundo dia de aula os alunos já iniciam as atividades no serviço de saúde, inserido na equipe de família.

Dessa forma, desde o início do curso, firmou-se uma parceria com uma Organização Social (OS) para realização de atividades práticas do IASC, especificamente em Unidades Básicas de Saúde (UBS) que atuam segundo a Estratégia Saúde da Família (ESF) na zona sul do município de São Paulo.

Este artigo, do ponto de vista da construção metodológica, é caracterizado por uma apreensão particular da realidade descrita, a partir da observação cotidiana das docentes que acompanham/supervisionam os alunos nas UBS, em conjunto com os preceptores locais. Portanto, procura se ater à descrição de algumas experiências vivenciadas ao longo de três semestres, em que o IASC foi implantado e, crescentemente, aprimorado de forma conjunta, pelos atores envolvidos no processo.

Sendo assim, o presente trabalho se inscreve numa perspectiva de "relato de experiências".

## A preceptoria como possibilidade de construção do conhecimento a partir da realidade concreta dos serviços de saúde

Na ocasião da implantação do IASC, formou-se um grupo de 16 médicos de família das UBS conveniadas que aceitaram exercer a função de preceptoria dos alunos, ademais todas suas atividades na equipe de saúde de família. Cada preceptor recebeu um grupo de 5 a 10 alunos, uma manhã por semana, correspondente a 5h/aula, acompanhando esse grupo no primeiro e segundo semestres do curso em atividades práticas de ensino. Os alunos inserem-se na equipe de saúde do preceptor e acompanham suas diversas atividades, bem como desenvolvem suas próprias atividades previstas para o módulo, tendo como base a dinâmica dessa equipe. Em cada semestre letivo, o preceptor desenvolve 100h/aula de supervisão de atividade prática dos alunos.

Entre as diversas atividades desenvolvidas pelos preceptores referentes à preceptoria dos alunos, encontram-se: orientação no reconhecimento do território e na

construção de mapas da área de abrangência da equipe na qual estão inseridos; familiarização com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), fichas A, B, C e D, observando suas finalidades; vinculação do aluno a uma microárea/ agente comunitário de saúde para seleção e fidelização de famílias com prioridades no Programa Saúde da Família (gestante, criança entre 0 e 2 anos, hipertenso e diabético), a serem acompanhadas durante os dois semestres; oportunização do conhecimento dos setores da UBS, de forma que o aluno participe do atendimento aos usuários; orientação do desenvolvimento de um projeto de intervenção junto à comunidade, baseado no diagnóstico comunitário e nas necessidades de saúde da população; organização de visitas domiciliares com os diversos membros da equipe de saúde, buscando o entendimento do trabalho multiprofissional; viabilização de discussões sobre as visitas domiciliares realizadas pelos alunos, de forma a terem participação ativa nas reuniões de equipe; criação de condições para a atuação em grupos educativos, desde o planejamento até a realização e avaliação dos mesmos; discussão de textos de apoio indicados para o módulo e correlacionar com as experiências de ensino, incentivando a reflexão dos alunos.

Vale ressaltar que as docentes fazem supervisão dos alunos por rodízio entre os grupos, sendo que cada docente é responsável por 7 grupos de alunos em média, divididos em três períodos da semana. Participam da orientação e do acompanhamento das atividades e, especificamente no segundo semestre, fazem a supervisão em procedimentos de enfermagem nas salas de atendimento da UBS.

Mensalmente, o grupo de preceptores, com duas docentes do curso, reúne-se por meio da Comis-

são de Ensino em Atenção Primária (CEAP) para discutir assuntos que envolvem as atividades práticas do módulo IASC.

Nessas reuniões, existe participação ativa dos preceptores na formulação das atividades do estágio prático, quais sejam: metodologia de ensino e avaliação dos alunos, elaboração do cronograma e roteiros mensais das atividades, discussão e avaliação das dificuldades e dos pontos positivos encontrados; debate, com base na literatura, de temas relacionados ao ensino, de forma a promover a capacitação/reflexão dos preceptores e docentes.

Para o próximo semestre, está prevista a incorporação de dois representantes de alunos de graduação (do primeiro e segundo semestres) para as reuniões do CEAP, de forma a melhorar a integração com o campo prático.

Observa-se a vital importância da inserção dos alunos na UBS sob a supervisão direta do preceptor, que é o médico de família daquela comunidade, pois, mais do que aprender a rotina do serviço de saúde e desenvolver procedimentos, permite a construção do conhecimento de forma mais aproximada às necessidades de saúde da população assistida.

A participação na reunião de equipe, a reflexão e o agir criticamente nas ações desenvolvidas pela equipe, bem como as discussões e correlações da literatura sobre temas de relevância para a atenção básica, são elementos importantes para a formação de um novo perfil profissional que se pretende alcançar.

### **O entendimento do processo saúde-doença na atenção básica à saúde**

Com vistas a aproximar o aluno de primeiro ano de medicina do

conceito do processo saúde-doença são contempladas entrevistas com usuários das UBS, com a finalidade de captar o conceito saúde-doença da população, seguidas da definição do próprio aluno e, posteriormente, ser feita uma discussão baseada na literatura sobre o tema.

O que se tem observado é que, de forma geral, no cotidiano dos serviços de saúde, usuários e profissionais demonstram dificuldade em definir esse estado. Mas as respostas têm se concentrado em torno do conceito de que ter saúde é não estar precisando de médico, de colher um exame, enfim; na maioria das vezes, é estar apto para o trabalho.

O conceito de saúde-doença que se tem procurado trabalhar com os alunos no IASC considera que a saúde deve ser entendida em sentido mais amplo, como componente da qualidade de vida e, assim, não é um “bem de troca”, mas um “bem comum”, um bem e um direito social. Nesse sentido, o que se espera é que cada indivíduo possa ter assegurado o exercício e a prática desse direito à saúde, a partir da aplicação e utilização de toda a riqueza disponível, conhecimentos e tecnologia que a sociedade desenvolveu e vem desenvolvendo nesse campo, adequados às suas necessidades, envolvendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças<sup>6</sup>.

Ou seja, considerar esse bem e esse direito como componente e exercício da cidadania, compreensão essa que é um referencial e um valor básico a ser assimilado pelo poder público, para o balizamento e orientação de sua conduta, decisões, estratégias e ações.

O termo processo saúde-doença, muito propagado nos meios acadêmicos científicos, também leva acadêmicos e profissionais a ter dificuldade de defini-lo. Afinal, o que

é processo saúde-doença no sentido mais amplo e no prático?

Em síntese, pode-se dizer, em termos de sua determinação causal, que ele representa o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde e doença de uma população, o qual difere nos diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade<sup>7</sup>.

Ao longo da história, várias teorias foram empregadas para entender o estado de saúde e de doença da população. A doença foi vista, inicialmente, como algo sobrenatural, como castigo pela má conduta e depois como efeito dos miasmas. Miasma era o termo empregado para designar a emanção maléfica que advinha do solo, dos pântanos e dos "ares". John Snow era um ascético quanto à teoria dos miasmas. Em 1849, na Inglaterra fez um estudo sobre os mecanismos da transmissão da cólera, no qual já suspeitava de que algo na água é que provocava desarranjos no trato digestivo do indivíduo contaminado pela doença.

Mas foi Louis Pasteur, na França, que descobriu a ação das bactérias sobre a decomposição da matéria orgânica, e daí em diante a teoria biologicista passou a ser reconhecida como a causa principal do adoecimento. O positivismo também corroborou com a teoria, pois apregoava que um corpo hígido representava ausência de qualquer afecção.

Com a evolução da ciência, as causas hereditárias e genéticas ganharam relevância no processo saúde-doença. Posteriormente, reconheceu-se, por meio das cartas de promoção da saúde e diferentes teóricos da saúde coletiva, que o processo saúde-doença tem um marcante impacto da determinação social.

Todo trabalho expressa uma organização e condições próprias

capazes de influenciar na vida e, conseqüentemente, na saúde de quem trabalha. No Brasil, o campo da Saúde do Trabalhador é voltado para o estudo do processo saúde-doença dos homens e das mulheres, a partir de sua relação com o trabalho.

As questões ambientais, sociais e políticas influenciam o modo de vida da comunidade, com maior impacto nas periferias das grandes cidades. No campo do ensino prático, os alunos relatam, em sala de aula, situações estarrecedoras, pelas quais ficam indignados e se sentem impotentes para tomada de alguma decisão e controle.

Algumas situações de miserabilidade, violência, falta de vontade política e vulnerabilidade da população são observadas, assim como a demonstração de impotência da população diante do esgoto a céu aberto, da falta de coleta adequada do lixo e outros fatores presentes em todos os locais periféricos das grandes cidades.

O entendimento de todo este complexo universo e da determinação social do processo saúde-doença, torna-se difícil para o graduando de primeiro ano. Situações de proteção e risco no território podem passar despercebidas. Nesse sentido, todo empenho dos que acompanham o desenvolvimento dos discentes no campo, tanto preceptores como supervisores, e o embasamento teórico na sala de aula, precisam estar bem engrenados.

Observa-se ser de suma importância o acompanhamento das atividades dos ACS no serviço de saúde e no território. Esse ator social é muito citado pelos discentes e parece contribuir de forma construtiva no processo de ensino-aprendizagem, tornando-se um facilitador na identificação dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença na comunidade em que atuam.

## A visita domiciliária como dispositivo para o olhar ampliado em saúde

No início do primeiro semestre, cada aluno se vincula a uma micro-área/ACS para realização de visitas domiciliares. Ocorre um processo de seleção e fidelização de famílias, que tem como base discussões com a equipe de saúde e a orientação do preceptor, e tem a finalidade de conhecer, nesse momento, o trabalho do ACS. Os alunos aprendem a cadastrar uma família no SIAB familiarizando o contato com os instrumentos que o compõem: fichas A, B, C e D, assim como os objetivos de sua utilização no PSF; a importância da coleta e do registro dos dados, a especificidade da visita domiciliária realizada pelo ACS para promoção da saúde e prevenção de doenças; e a percepção desse trabalho como essencial ao sucesso das ações em saúde.

A seleção das famílias utiliza os seguintes critérios: famílias que tenham indivíduos dos grupos prioritários a serem acompanhados pela equipe de saúde no PSF, a saber, gestante, criança menor de dois anos, hipertenso e diabético, podendo, eventualmente, serem incluídas famílias que apresentem outra condição ou agravo que requeira um monitoramento mais atento por parte da equipe.

Já no segundo semestre, os alunos continuam com as mesmas famílias que acompanharam no semestre anterior, exceto no caso de gestante que tenha tido bebê ou famílias que mudaram da área. Nessa fase, a proposta é aprofundar algumas concepções e ações relacionadas à visita domiciliar.

Para isso, foi adotada a Escala de Risco Familiar, sob o referencial de Coelho, Savassi<sup>8</sup>, sendo esta baseada na eleição de 13 condições coletadas na ficha A do SIAB, de acordo com a existência, na família,

de: acamado, deficiência física, deficiência mental, baixas condições de saneamento, desnutrição grave, drogadição, desemprego, analfabetismo, menor de seis meses, maior de 70 anos, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, relação morador/cômodo.

Cada uma destas condições (ou eventos), compreendidas como sentinelas, gera um escore correspondente ao risco, que, por sua vez, gera a pontuação final, classificando a família em Risco 1 (escore 5 ou 6), Risco 2 (escore 7 ou 8) ou Risco 3 (escore maior que 9).

Percebe-se uma rica experiência vivenciada pelo aluno, por meio do processo de observação e captação de dados, especialmente pelo fato de que a avaliação é feita a partir de um conjunto de fatores, nem sempre explícitos, a incluir componentes sociais, ambientais e clínicos, a mobilizar a relação médico-paciente-família, mais que isso, a relação equipe-paciente-família.

Embora a Escala de Risco tenha como objetivo específico a priorização das famílias para organização da demanda de visitas do Médico de Família – responsável por cerca de 800 famílias do território de abrangência<sup>9</sup> – nossa intenção é despertar no aluno a noção de um risco ampliado, que requer uma problematização sobre aquilo que é considerado como “necessidades de saúde” da população quando se pensa na perspectiva da integralidade da assistência, ou na integralidade que é possível ser planejada e proposta a cada família, a cada pessoa.

Além disso, a relação do aluno com as famílias é ponto fundamental, caso seja ele, de fato, o responsável a coletar os dados: é nesse contato que habilidades relacionais, posicionamento ético e conhecimentos de várias naturezas podem ser estimulados e utilizados, como um dos aspectos mais importantes

no trabalho do PSF: o estabelecimento do vínculo entre profissional de saúde e família, a construção da relação de confiança.

A experiência ao longo de três semestres do IASC, em que os alunos permaneceram vinculados à mesma equipe, mostra que alguns puderam fazer, de forma mais intensa, a rica conexão entre desemprego e hipertensão arterial sistêmica, como riscos que se potencializam. Entre a desfavorável relação morador/cômodo e a existência de familiar acamado, além de outro membro afetado pela drogadição, como ocorreu em um dos domicílios visitados, que chamou a atenção dos estagiários, pelo contexto de vulnerabilidade e abandono ao qual aquelas pessoas estavam expostas.

As discussões de caso, com alunos, preceptor e docente, foram, em sua grande maioria, incrementadas por este olhar ampliado, crítico e problematizador, capaz de percorrer a realidade de vida das famílias, visualizando um risco que atravessa e interage o tempo todo com o risco biológico, cobrando ações complexas, complementares entre si.

Percebe-se que o uso da escala favorece o exercício de desmanchar o raciocínio linear causa-efeito, problema-solução que, em geral, o aluno traz, pois as situações inquiridas pela ficha A desenham o grau de risco e o grau de priorização das VDs, mas o tipo de intervenção quase sempre não se desenha de maneira simplificada, tampouco depende somente da ação e da tecnologia médica.

O aluno, com a equipe, é convidado a pensar no projeto singular destinado a cada família, nas possibilidades que possam ser colocadas em prática a curto e médio prazo. É desejável que possa ouvir e compreender o que cada membro da equipe tem a dizer sobre o caso, e é

encorajado a verbalizar suas idéias, dúvidas, propostas, impressões, uma vez que o foco interdisciplinar deve ser nítido o suficiente para direcionar todas as atividades práticas do aluno no PSF.

A Organização Mundial da Saúde anuncia, como diretriz, que 80% dos problemas de saúde da população devam ter resolutividade na atenção básica à saúde e isso implica profissionais e diretrizes de ação que pressuponham o contato com um número extenso de variáveis remetidas a um campo de complexidade, acolhidas por uma clínica ampliada, que comporte aspectos biomédicos, subjetivos e sociais dos sujeitos<sup>10</sup>.

A escala, de forma objetiva e simples, pode ofertar um modo de olhar as famílias do território e, nelas, as que demandam um maior foco de atenção por parte da equipe de saúde, no sentido de planejar e implementar ações relacionadas à assistência clínica e à visita domiciliar do médico de família e comunidade. Mais que isso, pode funcionar como ponto de partida para a construção de redes de solidariedade dentro do próprio núcleo familiar, muitas vezes inexistentes ou precárias.

Como exemplo frequente do cotidiano de trabalho no PSF, presenciemos dificuldades importantes na oferta de cuidados adequados aos idosos acamados ou com restrições importantes para o autocuidado, em famílias em que o cuidador simplesmente não existe, devido à composição familiar. Em muitos casos, é a equipe que agencia o auxílio de vizinhos, de intersetores, da comunidade da igreja, de ONGs locais, muitas vezes sendo obrigada até a acionar dispositivos legais, quando o suporte familiar encontra-se demasiadamente fragilizado, colocando em risco a vida das pessoas.

Essa é uma prática em que o aluno é levado a refletir sobre o

significado de intervenção como algo complexo, sendo, sobretudo, convidado a propor soluções, de acordo com seu repertório de conhecimentos e vivências, que, forçosamente extrapola a dimensão do saber biomédico, para compor a formação generalista e integralizadora do aluno de medicina.

Além do mais, sempre enfatizamos no IASC que estar atento à complexidade em que está inserido o paciente é uma perspectiva que esperamos semear no aluno, para que sua “anamnese” futura – aconteça ela num contexto de pronto-socorro, UTI, pré-parto, ambulatório, consultório ou no PSF – não perca de vista aquele paciente em condição de analfabetismo, desemprego e outras influências do núcleo familiar ao qual pertence. Assim sendo, espera-se que a abordagem seja o mais integral possível, apresentando maiores chances de alcance do que se denomina sucesso terapêutico.

O momento da visita domiciliar é também a oportunidade de o aluno reconhecer o território/comunidade na qual a família está inserida. Características da comunidade, como clima e geografia da área, se é zona urbana ou rural, distribuição da população no território, tipos de habitação, principais vias de comunicação, meios de transporte, migrações, equipamentos sociais e de lazer existentes, entre outras, são incentivadas a serem percebidas pelos alunos e discutidas em reunião com a equipe ou com o preceptor, de forma a correlacionar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença daquela família e também da comunidade, permitindo o olhar ampliado no reconhecimento das necessidades de saúde da população.

### Dispositivos de intervenção da equipe de saúde da família no processo saúde-doença

Diversos dispositivos de intervenção são utilizados por equipes de saúde da família nos distintos contextos onde estão inseridas. Tais dispositivos são considerados, neste estudo, mecanismos de atuação nos vários níveis do processo saúde-doença com a finalidade de alcançar a promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação.

Desde o início das atividades práticas, os alunos são estimulados a se familiarizarem e a participarem dos dispositivos de intervenção da equipe de saúde da família, de forma gradual e de maneira que possam desenvolver, em conjunto com equipe e preceptor, a atenção integral à saúde da população.

Os principais dispositivos de intervenção da equipe de saúde com que os alunos têm contato são: visita domiciliar, reunião de equipe e técnica, consulta médica ou de enfermagem, atendimento à demanda espontânea, grupo educativo, grupo educativo-assistencial da área (GEARA) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O SIAB é um recurso fundamental para que não se perca de vista o objetivo central do PSF, que é o de oferecer atenção integral à saúde das pessoas, famílias e comunidade.

Subsidia o planejamento, implantação, avaliação e reformulação das ações, assim como da própria estrutura de funcionamento do serviço de saúde, pois a coleta de dados e seu processamento sob a forma de relatórios tornam visível

o perfil social, demográfico, epidemiológico e ambiental, atualizado mensalmente<sup>9</sup>.

O SIAB é basicamente composto por 4 fichas<sup>a</sup>, que servem para cadastrar e monitorar mensalmente cada família, além de possibilitar o lançamento de notificações e a produção diária de cada profissional.

Para o aluno que se familiariza com o SIAB desde o primeiro contato com a UBS e a equipe de PSF, seja na reunião de equipe, seja na visita domiciliar ou no cotidiano dos vários profissionais, a percepção que se tem, na maioria das vezes, é que se maneja uma montanha de papéis obrigatórios, numa burocracia sem sentido.

O preceptor e o docente ficam, portanto, com o enorme desafio de estimular o aluno a visualizar a importância e o significado do dado, que é de suma importância para que a equipe possa planejar o trabalho, para que o serviço local possa apoiar esse planejamento e monitorar resultados, para que os níveis de gestão, municipal e federal, procedam ao repasse de verbas necessárias para estruturar as ações, mantendo recursos humanos, físicos, de materiais de consumo e equipamentos.

### Os procedimentos de enfermagem como parte das intervenções no processo saúde-doença das famílias/comunidade

No segundo semestre, o IASC II possibilita ao aluno o desenvolvimento de conhecimento científico e habilidades técnicas específicas para realização de procedimentos básicos de enfermagem, contemplando o processo saúde-doença

a. Ficha A – Cadastramento das famílias.

Ficha B – Acompanhamento de gestantes, hipertensos, diabéticos, pessoas com tuberculose e pessoas com hanseníase.

Ficha C – Acompanhamento da criança.

Ficha D – Registro de atividades (consulta, VD, grupo educativo), procedimentos e notificações (óbitos, hospitalizações, casos de infarto agudo do miocárdio, pneumonia em < 5 anos e outras notificações).

nos vários níveis de complexidade assistencial.

O aluno tem acesso ao conhecimento teórico dos procedimentos em sala de aula e os pratica em laboratório, e posteriormente os desenvolve na UBS entre as demais atividades propostas para o semestre, sob supervisão do docente, prioritariamente, ou do preceptor. Além de realizá-los na UBS, outros locais onde os alunos podem atuar são os domicílios, durante as visitas domiciliares, ou nos grupos em que haja atividades assistenciais na comunidade.

Os procedimentos de enfermagem praticados pelos alunos englobam: administração de medicamentos (VO, IM, SC, EV); oxigenoterapia; aferição de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência respiratória, frequência cardíaca), glicosimetria capilar, peso, altura, cálculo de IMC, gráfico de crescimento da criança; administração de vacinas; realização de curativos; coleta de exames laboratoriais.

O que se tem observado, pelas experiências com os alunos no cotidiano das UBS e pelas anotações nos relatórios de estágio, é que a realização de procedimentos de enfermagem, por tratar-se do momento de desenvolvimento de habilidades manuais e interação relacional com os usuários, é um momento de muita ansiedade para os discentes.

De certa forma, eles expressam que, finalmente, estão desenvolvendo uma ação especificamente de um profissional de saúde, sendo que a realização de procedimentos parece configurar-se em um passo a mais na experiência de cuidar em saúde.

Por outro lado, a ansiedade do novo, ao estar diante da possibilidade de realizar um procedimento mais invasivo, como a administração de vacinas ou de medicação

injetável, ou até mesmo participar na coleta de sangue, faz com que alguns alunos prefiram apenas observar o procedimento pela equipe de enfermagem.

A adequação do aprendizado dos procedimentos essenciais à formação médica permite e exige do docente/preceptor a criteriosa avaliação dos reais motivos e do pertinente incentivo a superar as ansiedades.

### **O projeto de intervenção como instrumento para compreensão da realidade comunitária e territorial**

No IASC I, por volta do segundo mês de ensino na UBS, cada grupo de alunos é estimulado a pensar em um projeto de intervenção comunitária, relacionado às percepções que o grupo desenvolveu em torno da noção de “necessidades de saúde” que a população apresenta, após certo grau de amadurecimento sobre as variáveis implicadas no processo saúde-doença.

Propõe-se a reflexão sobre necessidades de saúde como conceito abrangente, relacionado às condições de vida, o acesso às tecnologias que melhoram ou prolongam a vida, o tipo de vínculo entre usuários e equipes de saúde e aos graus de autonomia que cada pessoa é capaz de obter no modo de conduzir a vida<sup>11</sup>.

É elaborado, então, um pequeno projeto, contendo o esboço do problema percebido, os objetivos a serem alcançados, expectativas e os recursos necessários para a execução, aliados à discussão com o preceptor local e a gerência da UBS, a fim de verificar a viabilidade das atividades.

Nesse primeiro momento, é preciso avaliar também o quanto a rotina da UBS e comunidade serão alteradas com as atividades propostas pelos alunos, assim como pensar nos pontos de dificuldade

esperados e estratégias para sua superação.

No IASC II, o projeto é colocado em prática, sendo que, ao final do semestre, acontece um encontro, quando todos os grupos apresentam suas experiências, compartilhando os resultados obtidos. Neste encontro, docentes, preceptores, coordenadores da Organização Social parceira, gerentes e equipes também participam, afinal, todos foram envolvidos em algum momento do projeto.

Até o momento, as experiências foram bastante diversificadas, por meio de projetos como: cadastramento e promoção da saúde de animais domésticos da comunidade local; grupo de orientação sobre saúde bucal: cuidados básicos; incentivo à reciclagem de lixo: promoção da parceria entre cooperativa da região e catadores de papel da comunidade; grupo de qualidade de vida na melhor idade; grupo de reeducação alimentar para hipertensos e diabéticos; grupos educativos com crianças com ênfase na higiene pessoal e ambiental; grupo educativo para melhorar adesão de pacientes crônicos ao tratamento; grupo de orientação quanto à prevenção de agravos evitáveis: verminoses, dengue, leptospirose.

Quanto às estratégias, cada grupo de alunos planejou e teve preocupações específicas na divulgação e na forma de convidar os usuários a participarem, o que resultou em adesões melhores e piores, em retornos mais gratificantes, outros nem tanto, mas também isso foi utilizado como ponto de reflexão e análise para os alunos a repensarem, principalmente, o significado de problema para o grupo e para os usuários da comunidade.

Em alguns casos, foi necessário repensar não o problema em si, mas a estratégia: se foi atrativa e criativa, se o horário e o local foram adequados, se o conteúdo do enunciado do

convite foi estimulante a ponto das pessoas julgarem importante para sua saúde ou para melhorias na saúde da comunidade.

O trabalho em equipe, como ferramenta essencial a permitir o desenvolvimento de ações sob a perspectiva da integralidade da assistência, adquire, no momento da implantação do projeto de intervenção, um caráter de suma importância, em que o aluno, inevitavelmente, percebe que quase nada será viável por meio de esforços isolados.

Em todos os projetos, houve a necessidade de discussão prévia com o gerente da UBS e equipe, sendo que, em alguns deles, também com o conselho gestor, ou seja, com a população, a fim de expor as intenções, captar recursos mínimos para a execução e programar as atividades.

A interação com os Agentes Comunitários de Saúde foi imprescindível a todas as atividades, portanto, alunos e ACS foram chamados à tarefa de integrar esforços, conhecimentos e habilidades, mostrando a capacidade de cada um (alunos e trabalhadores) em compreender e acomodar diferenças geradas pelas idéias e proposições.

Foram utilizados textos de apoio sobre o trabalho em equipe para que houvesse essa discussão no próprio campo de ensino, enfatizando a necessidade da superação de eventuais linhas de fracionamento técnicas e pessoais, no cotidiano do trabalho do PSE, em que o relacionamento interpessoal não pode ser desconsiderado como potencializador das ações, atividades e tecnologias disponíveis.

A capacidade de formular e receber críticas, assim como de escutar o outro foram ponto de partida

e chegada para várias situações de conflito, divergência e frustração, tanto por parte do aluno como dos profissionais, sendo possível, a depender do contexto, estimular a verbalização, o diálogo, a conversa dirigida, para que a autoria coletiva dos projetos pudesse ser aproveitada da melhor forma possível.

O respeito ao tipo de conhecimento do outro (e a forma como ele é colocado em prática) mostrou-se como um exercício obrigatório do ensino em si, um exercício permanente, custoso, segundo a percepção dos alunos, que, gradativamente, puderam compreender que não é exatamente a soma dos vários esforços que importa, mas a integração real de pessoas que se aproximam para interagir com seus conhecimentos e habilidades, sejam elas adquiridas na academia, no trajeto profissional ou na própria experiência de vida.

### Considerações finais

Ao concluir este relato de experiência, percebemos que criar e acompanhar mecanismos de ensino e aprendizagem, reunindo teoria e prática, não é uma tarefa fácil.

A experiência relatada diz respeito a algumas vivências contidas no processo ensino-aprendizagem, envolvendo, por um lado, elementos do universo do aluno, que chega curioso e ávido pela apreensão de conhecimentos relacionados ao campo médico, por outro, o repertório trazido por docentes e preceptores, em função de teorias, práticas e diretrizes técnicas locais, utilizadas para compreender e atuar nas necessidades de saúde da comunidade, do território, sob a estratégia interdisciplinar e intersetorial.

Ainda que pontos de dificuldade existam, parece não haver dúvidas quanto à riqueza dessa interação: os atores envolvidos, independentemente de estarem aprendendo ou ensinando, aproximam-se para a elaboração crítica frente à realidade, que requer a visão ampliada do processo saúde-doença quando diz respeito ao conjunto de relações e variáveis que produzem condições de risco e proteção às pessoas, à comunidade.

A articulação teórico-prática tem passado, necessariamente, por um conjunto de vivências, contempladas na abordagem teórica, mas variando a cada grupo de alunos, no contato com a UBS específica, preceptor, equipe, perfil epidemiológico local, território, comunidade e famílias. Essa articulação, portanto, tem acontecido de forma personalizada, na medida em que as experiências nas quais o processo ensino-aprendizagem se dá são próprias de cada campo.

Os vários dispositivos de intervenção utilizados pela equipe de saúde da família apontam para a necessidade do trabalho em equipe como importante recurso a possibilitar ações que possam, na medida do possível, atingir a dimensão da integralidade da assistência como um dos eixos estruturais do Sistema Único de Saúde. É nessa perspectiva que os alunos têm se inserido, aperfeiçoando, sobretudo, as relações interpessoais, assim como as de produção técnica e teórica, próprias da Atenção Básica à Saúde.

Tratando-se de uma disciplina recentemente implantada, este estudo aponta, entre outros, para a necessidade de avaliar, junto aos alunos, os conteúdos por eles adquiridos ao final dos semestres no IASC, a fim de validar sua estrutura no alcance dos objetivos do módulo.

---

## REFERÊNCIAS

1. Pereira JG. Articulação ensino-serviço para a construção do modelo da vigilância da saúde: em foco o Distrito do Butantã [dissertação]. São Paulo, 2007.
2. Feuerwerker LCM. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais da saúde. *Divulg Saúde Deb.* 2000;(22):18-24.
3. De Sordi MRL, Bagnato MHS. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. *Rev Lat Am Enferm.* 1998;6(2):83-8.
4. Chirelli MQ. O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do curso de enfermagem da FAMEMA [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.
5. Brasil. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, aprovado em 7 de agosto de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. [legislação na Internet]. Brasília; 2001 [citado 4 Dez 2008]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/113301EnfMedNutr.pdf>
6. Almeida ES, Castro CGJ, Lisboa CA. Distritos Sanitários: concepção e organização [citado 12 Dez 2008]. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores>
7. Laurell AC, Noriega M. Para o estudo da saúde na sua relação com o processo de produção. In: *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec; 1989.
8. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Rio de Janeiro: Rev Bras Med Fam Comum.* 2005/2. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/mfcaz.htm>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
10. Campos GWS. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2005. Disponível em: [http://www.abem-educmed.org.br/pdf/doc\\_prof\\_gastao.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/pdf/doc_prof_gastao.pdf)
11. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2001.

---

*Recebido em 10 de setembro de 2008*  
*Versão atualizada em 23 de outubro de 2008*  
*Aprovado em 2 de dezembro de 2008*