

INTERNATO DE MEDICINA SOCIAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Gabriel de Souza Albuquerque^a

Rogério Rafael da Silva Mendes^a

Rita de Cássia de Sousa Nascimento^b

Resumo

O internato médico é o período do curso de medicina em que o estudante vivencia prática médica diária, inserido nas instituições de saúde, como componente curricular obrigatório na sua formação. O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência de dois estudantes do 5º ano do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia, da Universidade Federal da Bahia (UFBA), no Internato em Medicina Social em uma Unidade de Saúde da Família. Foram realizadas atividades em uma Unidade de Saúde da Família, centradas nos princípios da Atenção Primária de promoção, prevenção e assistência à saúde. Foi desenvolvido um projeto de intervenção com cadastramento e acompanhamento dos pacientes de uma microárea de determinada Unidade de Saúde da Família em São Francisco do Conde, Bahia, dando enfoque maior aos problemas mais prevalentes dessa população, como hipertensão e diabetes. Esta experiência demonstrou-se enriquecedora, propiciando ganhos no aprendizado médico dos estudantes, assim como no desenvolvimento de práticas assistenciais e ações de promoção e vigilância em saúde para a população.

Palavras-Chave: Internato em Medicina Social. Educação médica. Saúde da família.

SOCIAL MEDICINE INTERNSHIP AT A FAMILY HEALTH UNIT

Abstract

The medical internship is the period of medical school that the student experiences daily medical practice inserted in health institutions, as a required curricular component in their training. The aim of this study is to report the experience of two

^a Acadêmicos do 6º ano de Medicina. Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), Universidade Federal da Bahia (UFBA).

^b Doutoranda em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Universidade Federal da Bahia (UFBA). Coordenação de Estudos e Pesquisas, Escola Estadual de Saúde Pública (EESP), Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab).

Endereço para correspondência: Rua Clara Nunes, n.º 105, apart. 501, Pituba. Salvador, Bahia. CEP: 41810-425. gsalbu@hotmail.com

students of medicine in their 5th year of medical school of the Faculty of Medicine at the Federal University of Bahia (UFBA) during internship of Social Medicine at a Family Health Unit. Activities were carried out at a Family Health Unit, focusing on the principles of primary health promotion, prevention and health care. An intervention project was developed with registration and monitoring of patients in a particular area of Family Health Unit in the municipality of San Francisco do Conde, Bahia, Brazil which was basically focused on the most prevalent problems within this population such as hypertension and diabetes. This experience proved to be enriching, providing gains in the medical learning of the students, as well as developing care practices, health promotion actions and population health surveillance.

Key words: Internship in Social Medicine. Medical education. Family health.

INTERNADO EN MEDICINA SOCIAL EN UNA UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA

Resumen

El internado médico es el período del curso de medicina en el que el estudiante vivencia la práctica médica diaria, inserto en las instituciones de salud, como componente curricular obligatorio para su formación. El objetivo de este trabajo fue relatar la experiencia de dos alumnos de 5^º año del curso de medicina de la Facultad de Medicina de la Bahía, de la Universidad Federal de la Bahía (UFBA), en el internado en Medicina Social en una Unidad de Salud de Familiar. Se realizaron actividades en una Unidad de Salud de Familiar, centradas en los principios de la Atención Primaria de promoción, prevención y atención de la salud. Se desarrolló un proyecto de intervención con el registro y seguimiento de los pacientes en una microárea de una determinada Unidad de Salud Familiar, en San Francisco do Conde, Bahia, dando mayor atención a los problemas más prevalentes de esa población, como la hipertensión y la diabetes. Esta experiencia resultó enriquecedora, proporcionando beneficios en el aprendizaje médico de los estudiantes, así como el desarrollo de prácticas de atención y acciones de promoción y vigilancia de la salud para la población.

Palabras-Clave: Internado en Medicina Social. Educación médica. Salud familiar.

INTRODUÇÃO

A formação contemporânea dos profissionais médicos pressupõe um curso de graduação de qualidade, pautado no pilar do ensino, pesquisa e extensão, que forneça ao estudante competência para o exercício do seu trabalho, além de postura crítica e proativa frente aos problemas de saúde da população atendida.

Desta maneira, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, definidas pelo Ministério de Educação e Cultura em 2001, sugerem um novo perfil de profissional médico, voltado para a

[...] formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.^{1:38}

Nesse contexto, a proposta de reforma curricular dos cursos médicos no Brasil, instituída também na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), Universidade Federal da Bahia (UFBA), visa uma forma de ensino que supere o modelo hegemônico hospitalocêntrico vigente no país, dando atenção às atividades em campo e inserção na comunidade desde os primeiros semestres do curso.

O ciclo de internato consiste num período do curso de medicina em que o estudante vivencia prática médica diária, inserido nas instituições de saúde num treinamento contínuo e intensivo, supervisionado por docentes, como componente curricular obrigatório na sua formação.²

A FMB/UFBA, situada no município de Salvador, Bahia, possui parceria com alguns municípios do estado para inclusão dos estudantes em campos de prática diversos, dentre os quais se inclui o município de São Francisco do Conde, Bahia. O Internato em Medicina Social em uma Unidade de Saúde da Família concretiza-se com a inserção dos estudantes nas equipes de saúde da família, desenvolvendo, sob supervisão, as atividades das equipes. No decorrer do internato, foram realizadas atividades básicas de saúde, na unidade de saúde da família, voltadas para o atendimento de adultos, saúde da mulher e da gestante, hipertensos e diabéticos, planejamento familiar e puericultura, além de participação em palestras educativas e atividades em salas de espera, quando pertinentes, juntamente com a equipe multiprofissional.

Este relato objetiva descrever a experiência bem-sucedida de dois estudantes do 5º ano do curso médico da FMB/UFBA na realização do Internato em Medicina Social em uma

Unidade de Saúde da Família situada na cidade de São Francisco do Conde, Bahia, no período de novembro de 2010 a janeiro de 2011. A proposta de atuação na unidade fundamentou-se na identificação dos problemas de saúde mais prevalentes da população atendida, optando-se por trabalhar mais especificamente com as patologias diabetes e hipertensão.

A relevância deste projeto baseou-se em dispor de maior conhecimento sobre as condições patológicas mais prevalentes da região, visando aperfeiçoar a assistência integral à saúde no âmbito biopsicossocial, por meio de ações de atenção, prevenção e também de vigilância em saúde, fazendo uso da metodologia epidemiológica a fim de estabelecer sistemas de informação e análise que permitam, como realizado neste relato, implementação e avaliação das ações de prevenção e controles de agravos da população atendida, para, assim, definir prioridades e melhor organizar os serviços e ações de saúde.^{3,4}

DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE EXPERIÊNCIA

As etapas de desenvolvimento da atividade são relatadas nas subseções a seguir: identificação do problema/necessidade; plano de ação; trabalho em campo e ações educativas; problemas identificados; propostas de melhorias e solução dos problemas identificados.

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA / NECESSIDADE

Inicialmente, optou-se por definir o perfil dos pacientes atendidos na unidade para as doenças diabetes e hipertensão, verificando quais estavam cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) para o programa Hiperdia do Ministério da Saúde.⁵ Observou-se que o cadastramento dos pacientes, atualizado até outubro de 2010, era deficiente, com apenas 53 indivíduos hipertensos e/ou diabéticos registrados, o que não correspondia à realidade.

Frente a este problema, estabeleceu-se um projeto de intervenção com o objetivo inicial de efetuar cadastramento dos pacientes hipertensos e diabéticos de uma microárea da Unidade de Saúde da Família de São Bento, em São Francisco do Conde, Bahia, que servisse de modelo para as equipes de saúde da família que atuam no local.

PLANO DE AÇÃO

O plano de ação envolveu uma seleção prévia dos pacientes, com base no cadastro da unidade e na revisão de prontuário, cruzando com informações disponíveis na ficha A – ficha cadastral das famílias vinculadas a uma Unidade de Saúde da Família –, cujo preenchimento fornece informações acerca dos indivíduos cadastrados, dentre as quais as

condições patológicas presentes e o conhecimento prévio do Agente Comunitário de Saúde da microárea selecionada, para posterior cadastro e envio para inclusão nos registros do Siab, estratégia pertinente no processo de vigilância em saúde.^{3,4,6}

Como parte da proposta de atenção à saúde nos seus diversos níveis, foram realizadas diferentes atividades em campo, com reconhecimento do território e busca ativa dos pacientes diabéticos e hipertensos, principalmente por meio de visitas domiciliares na companhia dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Estas atividades foram extremamente prazerosas e imprescindíveis para o aprendizado enriquecedor advindo da experiência.

A microárea escolhida era composta por 4 vias públicas bem delimitadas – Drena I, Drena II, Jaqueira e Manguezal – abrangendo 150 famílias e um excedente de 33, totalizando 183 famílias cadastradas cujos dados da situação de saúde eram regularmente enviados para o Siab (**Figura 1**). Entretanto, em virtude da grande extensão da microárea, outro contingente populacional era atendido diretamente na unidade, o que podia influenciar na geração de dados incompletos sobre a situação atual de saúde da comunidade para fins de saúde pública.

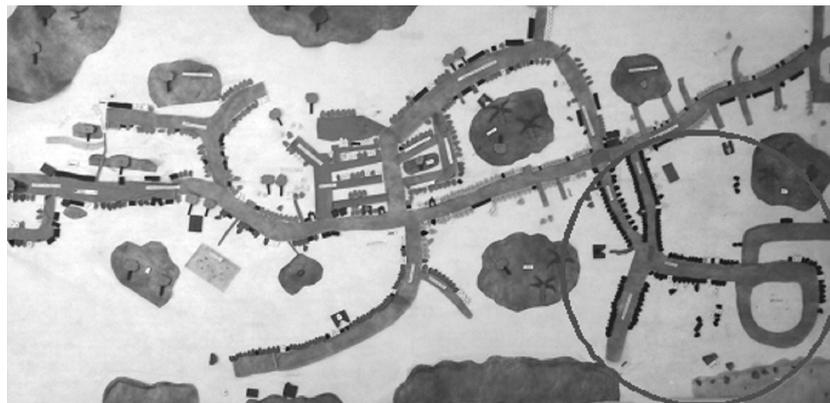


Figura 1 – Mapa esquemático das quatro microáreas cobertas da Unidade de Saúde da Família de São Bento.

Obs.: Em destaque a microárea 3.

As atividades iniciaram-se, portanto, na unidade de saúde, com levantamento de prontuários. Neste foram selecionados pacientes com diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes ou suspeitos, considerando os seguintes critérios: uso de anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e/ou insulina, níveis de pressão arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg, glicemia capilar ou em jejum alteradas, intolerância à glicose e hemoglobina glicosilada anormal.⁷ Posteriormente, a lista de pacientes selecionados foi cruzada com pacientes cadastrados na ficha A para geração da lista final.

A estratégia de cadastro dos pacientes selecionados fundamentou-se inicialmente na demanda espontânea dos indivíduos na unidade, em dias de atendimento ambulatorial, o que não atendeu à necessidade em virtude do pouco comparecimento dos pacientes da microárea selecionada às consultas médicas. A estratégia mais eficaz foi a visita aos pacientes selecionados em campo.

TRABALHO EM CAMPO E AÇÕES EDUCATIVAS

As visitas em campo consistiam em consulta domiciliar de pacientes hipertensos e diabéticos por intermédio do ACS responsável, com aplicação completa do questionário de Hiperdia-MS, realização de exame físico composto por aferição da pressão arterial, verificação de glicemia capilar em pacientes sabidamente diabéticos, medidas antropométricas de cintura abdominal, peso e altura.

Foi realizada orientação quanto a mudanças de hábito de vida em relação à dieta e atividade física, uso correto das medicações, entrega de ficha de automedida da pressão arterial (Ampa) e convocação dos pacientes para retorno e acompanhamento regular na unidade (realização de exames laboratoriais e de imagem, reavaliação e ajuste de esquemas terapêuticos, referência e contrarreferência com especialistas).⁷

Já em relação aos pacientes suspeitos, sem diagnóstico firmado de hipertensão e/ou diabetes, optou-se por passar as mesmas orientações quanto a cuidados com a saúde e informações relevantes pertinentes ao diagnóstico das doenças abordadas, com ênfase particular na aplicação do Ampa para registro dos níveis tensionais, servindo como ferramenta útil no diagnóstico no momento que estes forem reavaliados em seus domicílios ou em consulta na unidade.

Cuidado especial foi tomado no que se refere ao preenchimento da ficha cadastro do Hiperdia. Antes de iniciar o trabalho, em consulta feita à Secretaria Municipal de Saúde, tomou-se conhecimento de que diversas fichas eram reencaminhadas para as unidades de saúde para adequação, em virtude das diversas falhas encontradas no registro dos dados, o que inviabiliza o cadastro pelo Siab.

Foi revisado um total de 183 prontuários de famílias cadastradas para a microárea 3 (100% de abrangência, segundo o Siab). Destes, foram selecionados 115 pacientes. Após cruzamento com a ficha A, foram selecionados 133 pacientes, sendo 85 sabidamente hipertensos e/ou diabéticos. Desses 85 pacientes selecionados, 6 já possuíam cadastro prévio no Siab. Não foi possível o cadastro de 7 pacientes, dos quais 2 não residiam no município, 1 recusou-se a receber as visitas, mesmo após 3 tentativas, e 4 não estavam

em suas residências após pelo menos 3 visitas em momentos diferentes. Assim, foi gerado um total de 72 novos cadastros.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS

No decorrer das atividades foram detectados problemas que, em última análise, influenciaram no nível de saúde da população. No que se refere à população em si, incluem-se: má adesão terapêutica, baixo nível socioeconômico e por vezes cognitivo, distúrbios visuais e psiquiátricos, falsa percepção do estado de saúde, pouco retorno à unidade para acompanhamento, dieta desbalanceada, além de sedentarismo e alto índice de indivíduos obesos e com sobrepeso. Acrescentam-se a esses problemas os paradigmas a respeito da utilização das medicações, tais como: diminuição do efeito esperado com o uso contínuo do medicamento, aumento de peso corpóreo e interação com bebidas e alimentos.

PROPOSTAS DE MELHORIAS E SOLUÇÃO DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Uma vez que o trabalho se fundamentou na identificação de duas patologias de elevada prevalência que refletiam em prejuízo para a saúde da população em virtude dos fatores já citados, foi realizado um trabalho voltado principalmente para a má adesão terapêutica dos pacientes diagnosticados com estas doenças.

Observou-se que os pacientes que menos aderiam ao uso das medicações eram idosos, com déficit cognitivo secundário à idade avançada ou evasão escolar, morando sozinhos sem assistência de um cuidador, apresentando diminuição da acuidade visual, muitas vezes sequelas das próprias doenças de base. Igualmente, os medicamentos dispensados no posto de saúde a toda a população eram entregues nas cartelas, não acompanhados das caixas, com grande semelhança em formato, tamanho e cores, gerando um importante fator confundidor.

Para minimizar este problema, foram desenvolvidos três diferentes tipos de selos adesivos para as embalagens de medicação, com intuito de escolher a melhor alternativa para a fácil compreensão e assimilação do período do dia em que o paciente deve tomar suas medicações conforme prescrito e orientado nos receituários médicos (**Figura 2**).

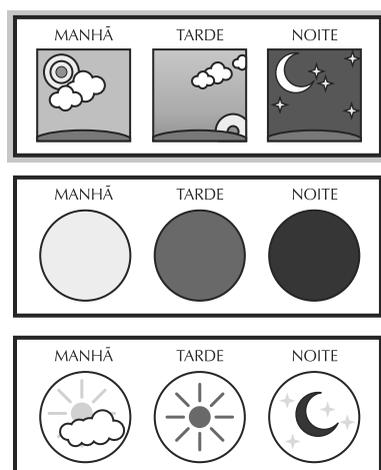


Figura 2 – Selos para medicações

Obs.: Na parte superior, em destaque, o selo mais votado.

Os três tipos de selos foram submetidos a inquérito de opinião via e-mail enviado a cerca de 90 pessoas, dentre as quais profissionais médicos, estudantes de medicina, outros profissionais da área de saúde e profissionais de ocupações diversas não relacionadas à saúde, além dos próprios pacientes, que foram determinantes na escolha final.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Parte de uma atividade curricular obrigatória, o Internato em Medicina Social em uma Unidade de Saúde da Família consolidou-se como uma experiência enriquecedora, gratificante e única de todo o processo de educação médica vivenciado especialmente nesse período, no desenvolvimento de práticas assistenciais e ações voltadas para a promoção e vigilância em saúde no município de São Francisco do Conde.

Como melhorias para a unidade e, conseqüentemente, para a população assistida, ressalta-se a aplicação e propagação do uso do Ampa, desenvolvimento de selos para maior adesão às medicações, e a compreensão da necessidade de acompanhamento mais efetivo junto aos pacientes pelas equipes de saúde da família, tanto no atendimento na unidade quanto no atendimento domiciliar. Destaca-se ainda a importância das ações de educação em saúde e o seguimento em grupos pelo serviço social da equipe, estratégia esta que demonstra ser efetiva no processo de prevenção e promoção em saúde.

Em suma, certeza maior foi concluir que, de fato, não há profissão cujo trabalho feito com dedicação e carinho promova, além do bem-estar do próximo, tamanha satisfação pessoal.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a toda a Equipe de Saúde da Unidade de Saúde da Família de São Bento e, principalmente, à ajuda especial dada pelo ACS Roberto, sempre prestativo e atencioso frente às nossas inquietudes e questionamentos, além de disposto a atender com prontidão quando requisitado. Certamente, sem a sua participação vital, este trabalho não seria realizado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.
2. Marcondes E, Gonçalves EL. Educação médica. São Paulo: Sarvier; 1998.
3. Teixeira CF, Costa EA. Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas. In: Costa EA, organizador. Vigilância sanitária: desvendando o enigma. Salvador: Edufba; 2008. p. 149-164.
4. Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Hipertensão. Manual de Instalação e Operação. Rio de Janeiro; 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do SIAB-Sistema de Informação de atenção básica. 1ª ed atualizada. Brasília (DF); 2003.
7. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010;95(1 supl.1):1-51.

Recebido em 12.7.2011 e aprovado em 2.12.2012.