

EXPERIÊNCIAS DE ACADÊMICOS APÓS ESTÁGIO EM UM SERVIÇO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

STUDENTS' EXPERIENCES AFTER AN INTERNSHIP IN A PRIMARY HEALTH CARE SERVICE

EXPERIENCIAS DE ESTUDIANTES LUEGO DE UNA PASANTÍA EN SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Vander Monteiro da Conceição¹, Claudia Daniele Tavares Dutra: Nutricionista², Carla Andrea Avelar Pires³, Ivam Freire da Silva⁴, Jorge Luiz dos Santos Duarte⁵.

Financiamento: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) do Ministério da Saúde no Município de Ananindeua, Pará.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever a experiência de acadêmicos da Universidade Federal do Pará após a realização de um estágio na atenção primária à saúde através do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Tratou-se de um relato de experiência de dois alunos participantes do referido programa entre abril de 2010 e março de 2011. O primeiro contato com a equipe de saúde foi dialético, pois havia uma constante comparação da teoria, apreendida na universidade, com as atividades realizadas - sobretudo o manejo da clientela do serviço -, assim como a identificação das necessidades de saúde que a comunidade demandava. A autorreflexão a partir deste contexto fez-nos perceber a necessidade de uma formação profissional mais próxima à realidade social brasileira e que os profissionais de saúde devem ser mais valorizados neste ramo de cuidado, para que a atenção primária à saúde seja sua primeira opção de trabalho.

Descritores: Serviços de Saúde Comunitária; Atenção Primária à Saúde, Educação em Enfermagem.

ABSTRACT

The objective of this study was to describe the experience of students of the Federal University of Pará after participating in an internship in the primary healthcare service, promoted by the Program for Health Work Education (*Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde*). This is an experience report of two students who participated in the referred program between April and March of 2010. The first contact with the health team was a

¹ Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Endereço: Rua Machado de Assis, 1034, Vila Tibério, Ribeirão Preto, São Paulo. CEP: 14050-490. E-mail: vandermonteiro@usp.br;

² Mestre em Doenças Tropicais pelo Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará. Docente da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal do Pará. E-mail: cdani@ufpa.br;

³ Médica, Mestre em Doenças Tropicais pelo Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará. Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará. E-mail: carlaavelarpres@bol.com.br;

⁴ Acadêmico da Faculdade Odontologia da Universidade Federal do Pará. E-mail: paraibano_14@hotmail.com;

⁵ Enfermeiro, Preceptor Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde no Município de Ananindeua da Universidade Federal do Pará. E-mail: luizduarte.jorge@yahoo.com.br.

dialectic one, because there was a constant comparison between theory, learned in university, and the activities that were performed, mainly regarding how the clients of the service were managed, as well as the identification of the health needs of the communication. Self-reflection in this context made us realize there is a need for a professional education that is more in line with the reality of Brazilian society, and health professional should receive higher appreciation in this sector of care, so that primary health care becomes their first choice of work.

Descriptors: Community Health Services; Primary Health Care; Nursing Education.

RESUMEN

El estudio objetivó describir la experiencia de estudiantes de la Universidad Federal de Pará luego de realizar una pasantía en Atención Primaria de Salud a través del Programa de Educación por el Trabajo para la Salud. Relato de experiencia de dos alumnos participantes de dicho programa, de abril 2010 a marzo 2011. El primer contacto con el equipo de salud fue dialéctico, pues existía una constante comparación entre la teoría aprendida en la universidad y las actividades realizadas, sobre todo el manejo de los pacientes del servicio, así como la identificación de necesidades sanitarias demandadas por la comunidad. La autorreflexión a partir de tal contexto nos hizo percibir que existe necesidad de formación profesional más aproximada a la realidad social brasileña, y los profesionales de salud más jóvenes deben ser más valorizados en esta área de cuidado, para que la atención primaria de salud sea su primera opción laboral.

Descriptor: Servicios Comunitarios de Salud, Atención Primaria de Salud, Educación en Enfermería.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é atualmente considerado um dos melhores modelos de atenção à saúde no mundo. A forma como suas unidades foram organizadas “teoricamente” atende a todas as necessidades e demandas da população brasileira. Seu processo de construção foi lento e gradual e gerou inúmeros ganhos à população; porém, vários problemas, entre eles financiamento, gestão e recursos humanos, levaram o novo plano público de saúde a supostos sucateamentos, reconhecidos até pelo Ministério da Saúde por meio do impresso “O SUS pode ser seu melhor plano de saúde”, publicado em 2003⁽¹⁾.

O processo de construção do SUS⁽²⁾ tem sido marcado pela implementação de diversos instrumentos legais e normativos, tendo como principal objetivo a organização do fluxo financeiro e seu controle pelos sistemas estaduais e municipais de saúde, onde se propõe a autonomia política dos municípios em relação à estrutura político-administrativa do Estado.

Paralelamente ao debate referente ao financiamento e gestão do SUS, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que apresentou ao longo dos anos uma série de resultados positivos em termos do impacto sobre alguns indicadores de saúde,

contribuindo, então, para sua consolidação nos serviços básicos no SUS⁽²⁾.

Existe⁽³⁾, atualmente, uma necessidade de se reestruturar a atenção em saúde, não somente em relação à assistência direta ao cliente, mas a um conjunto de ações de ensino, pesquisa, informação e prevenção. Este conjunto anteriormente citado nada mais é do que a integralidade das ações em saúde.

É necessário também “humanizar” os serviços de saúde e este processo de humanização requer reflexões acerca de valores e princípios da prática profissional, possuindo vários percursos a serem traçados em relação ao cuidar. Em sua maioria, o profissional encontra no cotidiano a prestação de um cuidado puramente técnico e dessa forma deixa de desenvolver emoções e envolvimento pessoais com seus clientes⁽⁴⁾.

Visando a este cenário, o Ministério da Saúde criou o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421 de 3 de março de 2010, objetivando fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes das graduações em saúde, de acordo com as necessidades do SUS⁽⁵⁾.

Dentro deste contexto, o objetivo deste estudo foi descrever a experiência de acadêmicos da Universidade Federal do Pará (UFPA) após a realização de um estágio na atenção primária à saúde através do PET-Saúde.

PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo é do tipo relato de experiência, pois expõe como um determinado contexto foi vivenciado por um indivíduo ou por um grupo após sua inserção em um cenário não familiar, ou mesmo em uma situação inesperada. O contexto desta pesquisa tratou da experiência dos bolsistas do PET-Saúde, após sua inserção no trabalho da ESF Samambaia, localizada em uma comunidade carente e de alta periculosidade no bairro do Icuí-Guajará, no município de Ananindeua, região metropolitana de Belém, capital do estado do Pará, no período de Abril de 2010 a Março de 2011.

O PET-Saúde dispunha de 50 alunos das diversas áreas de formação ofertadas pela UFPA (Enfermagem, Odontologia, Medicina, Nutrição, Fisioterapia e Terapia Ocupacional) alocados nas ESF's do município de Ananindeua, formando grupos multiprofissionais de cinco alunos em média; porém, ressalta-se que a ESF Samambaia contava com apenas dois alunos, um de Enfermagem e outro de Odontologia, que, ao apresentarem suas

atividades, tinham como principais tarefas: conhecer a comunidade em seus aspectos sociodemográficos e biopsicossociais por meio de visitas domiciliares; acompanhar consultas médicas e de enfermagem; e envolverem-se nas atividades já desenvolvidas, como campanhas de vacinação, por meio da observação livre da comunidade e depois em reuniões com a equipe de saúde para se estabelecerem as possíveis ações em saúde que promoveriam qualidade de vida.

Nessa forma de trabalho, além de aproximarem-se das atividades em saúde coletiva, os alunos também promovem a atualização da equipe de saúde quando debatem as estratégias mais indicadas àquela comunidade, ou mesmo quando instigam a equipe a buscar conhecimento em conjunto, assim produzindo conhecimento científico, conforme o proposto neste artigo: a experiência em um grupo PET-Saúde. Por tratar-se de um estudo que relata a própria experiência de seus autores, não houve a necessidade de aprovação de comitê de ética em pesquisa com seres humanos.

EXPERIÊNCIA E DISCUSSÕES

A vivência dos alunos do PET-Saúde encaminhados pela primeira vez a ESF Samambaia foi impactante, já que não houve uma preparação prévia para a vivência na comunidade. Portanto, o

contato com a extrema pobreza em torno da estrutura física da mesma, assim como a periculosidade já percebida pela visualização de um assalto a mão armada em frente à unidade, sendo o agente do crime um adolescente que roubara uma bicicleta de uma das usuárias do serviço de saúde, foi marcante. Outro fato notável ocorreu ainda no primeiro dia de contato quando, durante o percurso de uma visita domiciliar acompanhado por um Agente Comunitário de Saúde (ACS), visualizou-se um grupo de jovens usando drogas ilícitas - o que pareciam ser pedras de *crack*, porém sem confirmação. Neste momento, os dois alunos sentiram o medo e a insegurança por estarem no centro da comunidade como dois “estranhos no ninho”.

Ambos perceberam, então, enquanto membros da comunidade acadêmica, que possuíam a imagem fictícia de que os conhecimentos aprendidos na Universidade seriam suficientes para enfrentar a realidade da população, uma vez em que dominavam parte dos conhecimentos clínicos exigidos para a formação do Enfermeiro e do Odontólogo; porém, é válido ressaltar que os campos de prática das disciplinas que cursaram haviam se dado apenas em centros de referência, ou seja, localizados em áreas sem grande periculosidade e com excelente aparato estrutural, algo não visualizado na ESF Samambaia, que possuía uma unidade construída apenas para sua equipe, mas que

na prática era compartilhada por mais duas ESF's. Em outras palavras, não havia estrutura para o fortalecimento das atividades desenvolvidas pelas três equipes de saúde. Com o passar dos dias e com as atividades realizadas na unidade de saúde, tal como o acompanhamento de consultas de enfermagem e médicas tanto dentro da instituição quanto domiciliarmente, o contato com a comunidade aumentou e, a partir deste momento, vivenciou-se a existência de outras necessidades, além das demandas clínicas, necessidades às quais não se poderia suprir, já que existiam limites ou barreiras que naquele momento não poderiam ser ultrapassadas.

O programa proporcionou um contato mais íntimo no contexto social, que permitiu colocar os alunos a par da realidade das condições de saúde locais. Muito além dos conhecimentos de semiologia, etiologia, características clínicas das diversas patologias, conhecimentos de saneamento básico, comportamento humano e cultura com a comunidade, foi diante de uma realidade áspera que se concluiu ser a saúde um complexo bem-estar.

Ao detalhar-se cada item apreendido neste processo de contato com a população, ressalta-se como primeiro tópico o saneamento básico (esgoto a "céu aberto", fossas negras, ausência de água encanada, pavimentação das ruas), item este que

parece ser tão irrisório quando mencionado em sala de aula, mas que na prática permite questionar como pode uma população ser tão influenciada por este processo. A resposta não se restringe somente às condições às quais a população está submetida, mas a todo um processo cultural empregado, onde a conformação com a precariedade de recursos faz com que suas únicas alternativas de vida sejam utilizar, e por vezes degenerar, cada vez mais as condições em que vivem.

O comportamento humano frente à sua condição de vida foi o segundo item a ser ressaltado, pois em contato com a população pode-se identificar diversas percepções diante do processo saúde e doença. Nesse momento, a comunidade acadêmica diz ter elucidado determinados enigmas, de onde se apreende que os comportamentos da comunidade – ou o saber dito como popular - são inerentes ao que ela acredita ser correto. Entretanto, sem desvalorizar tais saberes, deve-se compreender que o indivíduo sem conhecimento pode diretamente prejudicar sua saúde.

As visitas domiciliares, feitas mensalmente, possibilitaram entender a tríade homem, saúde e doença. O conhecimento de saúde pública dá suporte à promoção do bem-estar tão pregado por nossas escolas. O PET-Saúde é uma verdadeira aula prática de saúde coletiva, na

qual os alunos, ao mesmo tempo em que permanecem aprendizes, tornam-se capazes de repassar à população o conhecimento aprendido na graduação e a comunidade, ouvinte e observadora, deixa sua passividade e nos dá aulas de vida. Além de tudo isso, o programa integra acadêmicos de diversos cursos, fazendo com que se possa compreender a importância de cada um como peça fundamental para a promoção da saúde pública.

A ESF surge para fortalecer a saúde pública, o que para os gestores do SUS representou importantes avanços na prevenção de agravos, na consciência sanitária e na realização de visitas domiciliares, tendo na imagem do agente comunitário de saúde um importante ator na realização deste serviço. As dificuldades no acesso proporcionam a deturpação das vantagens obtidas nos demais itens da integralidade ao prejudicar a realização de atividades de promoção, prevenção e visitas devido à sobrecarga das equipes⁽⁶⁾.

Prestar atendimento pelo PET-Saúde em repartições públicas de saúde voltadas para a atenção primária à comunidade é, nesta ESF, ao mesmo tempo prazeroso e conflitante. O prazer está desvelado na vivência de que a população faz realmente uso dos serviços de saúde pública, vivenciando a praticidade e a funcionalidade do SUS, algo que para muitos vigoriza somente no papel. É

prazeroso e entusiasmante, também, experienciar a satisfação da comunidade pelos serviços prestados.

A saúde está diretamente relacionada à qualidade de vida; logo, o SUS, desde sua implantação, tem proporcionado garantias, limites e avanços constitucionais. As questões ligadas à saúde passaram a ser identificadas como produção social, tendo, então, influência nas redes causais que envolvem elementos sociais, econômicos e culturais resumidos na experiência singular de cada indivíduo que delas se utiliza⁽⁷⁾.

Mesmo com seus avanços e conquistas, o SUS não alcançou todas as propostas preconizadas pela reforma sanitária, demonstrando fragilidades que afetam sua política na sociedade. Atualmente, os serviços públicos de saúde têm sido ampliados e o número de trabalhadores em saúde tem crescido, chegando a praticamente a todos os municípios brasileiros; no entanto, apenas recentemente conseguiu-se organizar as verbas destinadas a este setor⁽⁸⁾.

O termo “quantitativo” aplicado neste relato encontra-se relacionado ao mero atendimento prestado com o objetivo de superar as metas preconizadas pelo Ministério da Saúde por meio de protocolos de atendimento previamente planejados. Desta forma, o importante é o número de atendimentos, ou seja, quanto maior a produção, maior o número de recursos

adquiridos pelas unidades prestadoras de serviços e, por vezes, maiores serão as gratificações que o profissional de saúde receberá, deixando assim muitos dos cuidados diretos a população em um segundo plano.

Para cumprir metas, em muitos dos estabelecimentos de saúde pública, o profissional incorpora comportamentos que desrespeitam a si e ao usuário, em busca da quantidade de serviços prestados. O atendimento dito pelo SUS como integral é sistematizado e não individualizado. Verificou-se que alguns profissionais encaram o serviço como apenas mais uma de suas fontes de renda, deixando transparecer o comodismo e a plena segurança de não serem futuros desempregados por conta de terem um vínculo empregatício estável.

A humanização⁽⁹⁾ no campo da saúde é a reestruturação da forma de se trabalhar dos funcionários para com as pessoas. Para se humanizar é necessário reformar a tradição médica e epidemiológica, combinando a objetivação científica e o processo conhecido como saúde/doença/intervenção. A consolidação da humanização no trabalho em saúde encontra-se de acordo com a defesa da vida para a construção de novos padrões de qualidade de vida concretos. A humanização necessita realizar mudanças em seus trabalhadores como pessoas que

devem rever seus conceitos ligados à defesa da vida, reduzindo sua alienação, proporcionando um trabalho criativo e prazeroso, propiciando o estabelecimento de laços entre equipes e usuários e elaborando a corresponsabilização pelos serviços em saúde.

O trabalho em saúde é produto de um processo histórico, sendo influenciado, dentre outros, pela cultura e crenças de seus atores; ou seja, seus sujeitos estão diretamente sob a influência desses fatores, devendo-se elaborar novas condições de trabalho que venham a substituir paulatinamente o modelo vigente. A participação ativa dos sujeitos envolvidos é fundamental para o rompimento da normatização e das prescrições normalmente instituídas pelas administrações superiores dos estabelecimentos assistenciais de saúde⁽¹⁰⁾.

É através desta realidade que se vivencia o quanto é diferente o processo de atenção à saúde na rede básica, onde a teoria é bem diferente da prática. A falta de recursos e de profissionais competentes, bem como a junção da problemática social da localidade, são uma representação do quanto é necessário que o profissional esteja preparado para atuar na atenção básica. Embora não plenamente, o currículo informal demonstra, na prática, boa parte das falhas de funcionamento dos serviços de saúde.

CONCLUSÕES

Para que possa haver uma estratégia de mudanças, é necessário vivenciar os problemas e a situação de vida nos quais a população está inserida. Devem-se buscar formas e ações práticas para a diminuição das vulnerabilidades locais. Fundamentos, como aprender a aprender e o desenvolvimento de competências e habilidades, devem ser temas norteadores do cotidiano dos futuros profissionais de saúde, visando à construção de práticas que oportunizem o desenvolvimento de hábitos saudáveis, respeitando-se a dimensão social do paciente.

Neste contexto, ressalta-se o quanto é necessário o PET-Saúde no processo de complementação e mudança desta realidade dos serviços de saúde. Tal ação de longo prazo, baseada no contato direto e prolongado com a comunidade por meio de vivências e experiências reais que complementem o conhecimento teórico apresentado nas universidades, deve fundamentar a educação continuada, representando, portanto, um grande desafio a discentes e profissionais para a promoção da saúde dentro de um universo de dificuldades.

REFERÊNCIAS

1 Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. O SUS pode ser seu melhor plano de saúde. Brasília: IDEC, 2003.

2 Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. Sus, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS 1998; 7(2): 8-28.

3 Kligerman, J. A Ampliação da Assistência Oncológica no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia, 2000, 46(4): 347-49.

4 Brito NTG, Carvalho R. A humanização segundo pacientes oncológicos com longo período de internação. Einstein. 2010; 8(2 Pt 1): 221-7.

5 Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 março 2010. p. 52.

6 Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008; 24 (suppl.1), p. 7-16.

7 Schwartz TD; Ferreira JTB; Maciel ELN; Lima RCD. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). Ciênc. saúde coletiva. 2010;15(4): 2145-2154.

8 Feuerwerker L. Modelos tecno assistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface (Botucatu). 2005; 9(18): 489-506.

9 Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?. Interface (Botucatu). 2005; 9(17): 398-400.

10 Martins JJ; Albuquerque GL. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. Cienc Cuid Saude 2007; 6(3):351-356.

Artigo recebido em 25/05/2012

Aprovado para publicação em 08/11/2012.