

# Acolhimento em Atenção Primária à Saúde: papel na graduação em medicina

## User embracement in Primary Health Care: its role in undergraduate medical education

Caio Felício de Oliveira<sup>1</sup> Liz Ponnet<sup>2</sup> Guilherme Arantes Mello<sup>3</sup> Marcelo Marcos Piva Demarzo<sup>4</sup>

### Resumo

O presente relato discute o papel do acolhimento em Atenção Primária à Saúde na graduação em medicina, a partir da reflexão sobre a experiência dos autores junto ao Curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos, especificamente na Unidade Educacional de Prática Profissional do Ciclo I (1º e 2º anos médicos), realizada junto às Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos-SP, levando-se em conta potencialidades e dificuldades. A atividade educacional relacionada à vivência do acolhimento em APS mostra potencialidades para o desenvolvimento e aplicação dos preceitos constitucionais do capítulo da saúde, favorecendo a criação de significado aos estudantes quanto à integralidade do cuidado, com foco no acesso universal aos serviços de saúde. O contato na graduação em medicina com tal estratégia tem grande potencial na formação de profissionais que tenham competência para o entendimento das necessidades das pessoas, famílias e comunidades, para a gestão de serviços e aplicação do conceito de integralidade do cuidado. Propõe-se, assim, que o acolhimento seja uma das ferramentas pedagógicas nos currículos médicos em transformação, dentro de um contexto de reforma do ensino médico com vistas às necessidades de saúde da população brasileira.

*Palavras-chave:* Acolhimento, Educação médica; Currículo; Atenção Primária à Saúde.

### Abstract

This report discusses the role of Primary Health Care user embracement in medical education from the authors' experience at the Federal University of São Carlos (UFSCar) Medical Course, specifically in the Professional Practices Clerkship (1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> years of the medical course) based at Family Health Centers of São Carlos in the State of São Paulo, Brazil, reflecting on the potentials and difficulties of this activity. The educational activity related to the experience and practice of user embracement shows potential for development and application of the constitutional principles for health care in Brazil, promoting students meaningful participation in comprehensive and universal primary care. The contact in medical schools with this strategy has great potential for training of future medical professionals regarding the development of social accountability; population needs centered communication and managing skills in a comprehensive health system. It is proposed that user embracement should be an important teaching tool in contemporary medical curricula in Brazil, within a context of medical education reform concerning the health needs of the Brazilian population.

*Keywords:* User embracement; Medical Education; Curriculum; Primary Health Care.

<sup>1</sup> Caio Felício de Oliveira (caiodupsico@gmail.com) é estudante de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

<sup>2</sup> Liz Ponnet (lizponnet@gmail.com) é doutoranda do Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>3</sup> Guilherme Arantes Mello (gmello@unifesp.br) é Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>4</sup> Marcelo Marcos Piva Demarzo (demarzo@unifesp.br) é Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

## Introdução

**E**m âmbito mundial, pode-se circunscrever os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) com base na Declaração de Alma-Ata (1978)<sup>3</sup> e na evolução dos conceitos e práticas relacionadas até os dias de hoje: oferta de ações e serviços de saúde acessíveis e integrados, orientados às necessidades locais, desenvolvidos de forma continuada por equipes multiprofissionais responsáveis por abordar uma ampla maioria das necessidades individuais e coletivas em saúde, desenvolvendo uma parceria sustentada com as pessoas e comunidades<sup>10,14</sup>. Desse princípios decorrem quatro características ou atributos essenciais: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação; e mais três derivados: orientação familiar, comunitária, e competência cultural<sup>10,14</sup>. Sabe-se hoje, que um sistema de saúde com forte referencial na APS é mais efetivo, mais satisfatório para as pessoas e comunidades, tem menores custos, e é mais equitativo mesmo em contextos de grande iniquidade social<sup>10,14</sup>.

No Brasil, adota-se muitas vezes o nome de “Atenção Básica” para tratar dos mesmos princípios e características cuja expressão atual política de saúde é a Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>14</sup>. Desde o surgimento das primeiras equipes de saúde da família no meio da década de 1991, a ESF vem sendo progressivamente valorizada como estratégia prioritária de reorganização do sistema de saúde brasileiro, o que pode ser evidenciado pelo expressivo número de equipes implantadas em território nacional, atualmente em torno de 32.000, com cobertura populacional aproximada de 114 milhões de pessoas.

O acolhimento dos usuários dos serviços de saúde pode ser avaliado dentro do contexto do **acesso ou acessibilidade aos serviços de saúde.**

O acolhimento dos usuários dos serviços de saúde pode ser avaliado dentro do contexto da **acessibilidade e o acesso aos serviços de saúde.** Os usuários devem ter as possibilidades de chegar até uma unidade de saúde para obter um determinado serviço de saúde. A **acessibilidade aos serviços de saúde**, termo definido por Donabedian<sup>5</sup> e colegas, tem atributos sócio-organizacionais e geográficos. Os atributos sócio-organizacionais incluem os atributos de recursos que facilitam ou dificultam os esforços dos usuários para obterem cuidados médicos. Por acessibilidade geográfica entende-se “a fricção do espaço” (friction of space em Inglês) que é a função do tempo e distância física ou obstáculo que deve ser viajado ou ultrapassado para obter cuidados médicos.

O **acesso aos serviços de saúde** pode ser entendido num quadro lógico de estrutura-processo-outcome<sup>6</sup>, o chamado modelo Donabediano. A *estrutura* inclui pessoal, equipamentos, edifícios, finanças entre outros. O *processo* incorpora as atividades de cuidados entre outros. O *outcome* é o resultado dos cuidados. Aday e Andersen<sup>1</sup> formulam o acesso como essas dimensões que descrevem a entrada potencial e real de um determinado grupo da população ao sistema de prestação de serviços de saúde. O *acesso potencial* avalia os recursos facilitadores (o *processo*). O *acesso realizado* usa medidas de resultados (*outcome*) como a utilização dos serviços de saúde e o grau de satisfação dos usuários. Van Driel et al.<sup>17</sup> entendem o acesso como a interação entre o sistema de serviços de saúde, a sociedade e os indivíduos da sociedade (a *estrutura*) e como a comunicação entre o médico de família e o paciente (*processo*).

Idealmente todos os usuários têm a mesma oportunidade de atingir o seu potencial de saúde máximo<sup>8</sup>. O principal objetivo da oferta de serviços de saúde deveria ser a **equidade aos serviços**

**de saúde**<sup>8</sup>: indivíduos em situações iguais devem ser tratados da mesma forma (*equidade horizontal*) e indivíduos em situações de saúde distintas devem receber o tratamento apropriadamente desigual (*equidade vertical*). Fatores essenciais para obter equidade aos serviços de saúde são: (1) **acesso igualitário para necessidades semelhantes** (incluindo o acesso geográfico, acesso cultural e econômico); (2) **tratamento igualitário para necessidades semelhantes** (pacientes devem receber o mesmo tratamento de saúde independentemente de sua idade, sexo, renda, ...;) e (3) **resultados (*outcome*) igualitários para necessidades semelhantes**.

O acolhimento surge nesse contexto com foco nos atributos de acesso e integralidade, e pode ser entendido como uma diretriz conceitual e operacional que busca atender às necessidades de todas as pessoas que procuram os serviços de APS<sup>8,9</sup>. O acolhimento implica reorganização do processo de trabalho buscando a otimização das ações e serviços, a diminuição do tempo de espera nas unidades, a hierarquização de riscos e a respostas às demandas da população, incluindo as intersetoriais. Para que a estratégia do acolhimento seja mais efetiva, os profissionais de saúde devem estar capacitados para a sua realização. Entre as competências profissionais necessárias para a realização do acolhimento pode-se destacar:

No primeiro serve, para que a relação com o usuário não se encerre em uma relação puramente técnica, sem que haja uso de escuta e, portanto, sem que haja valorização das queixas referidas e percebidas que podem favorecer o entendimento do paciente sobre as condutas que seriam tomadas. No segundo, o vínculo faz parte do sucesso da gestão dos recursos humanos, dos saberes que formariam o enfrentamento do paciente como um todo e posterior conduta. Esta

gestão requer o entendimento de todos da equipe sobre os papéis de cada membro, compondo o trabalho multidisciplinar, que é favorecido pelo vínculo entre profissionais.

Decorrente do enfrentamento da condição de um usuário do sistema de saúde que demonstre mais de problema(s) que envolva(m) questões de cunho econômico, social, biológico, enfim, configure uma situação que concerne a várias áreas de cuidado, o exercício de cidadania pode ocorrer tanto no sentido de se responsabilizar os setores devidos para cada entrave para que se alcance o bem-estar quanto para estimular os usuários a compreender os seus direitos, entender quais estão disponíveis e lutar pelos que não estão.

Segundo Franco e Merhy<sup>8</sup> o acolhimento é parte da ação clínica decorrente do encontro entre profissional de saúde e usuário do sistema. Ainda pode ser tecnologia de resposta a demanda de acordo com a integralidade e universalidade, pois usa de escuta qualificada e de além da simples avaliação de risco, melhora a eficácia e eficiência da conduta, da ação clínica.

Em relação à integralidade, equidade e acessibilidade ao sistema, o acolhimento aparece como parte da reorganização do serviço de APS. Em estudo qualitativo Oliveira<sup>12</sup> atrela às concepções sobre acolhimento por parte de profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde de Juiz de Fora – MG potencialidades como a criação de espaços de trabalho que use os saberes de todos os membros de equipe; entre profissionais e usuários; maior visibilidade ao trabalho dos profissionais não médicos; e o acolhimento como instrumento de garantia de acesso. Como dificuldades, as autoras se referem ao desgaste dos profissionais de saúde, ausências de normas por parte do usuário e despreparo da equipe.

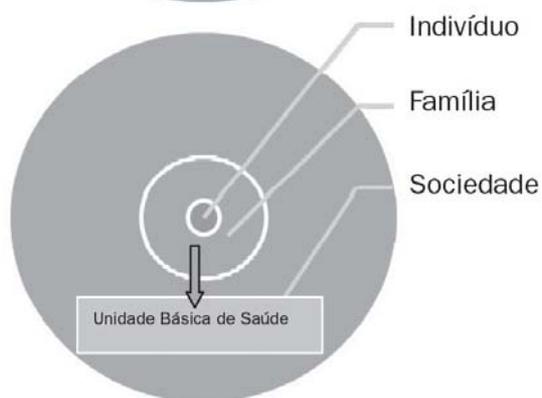
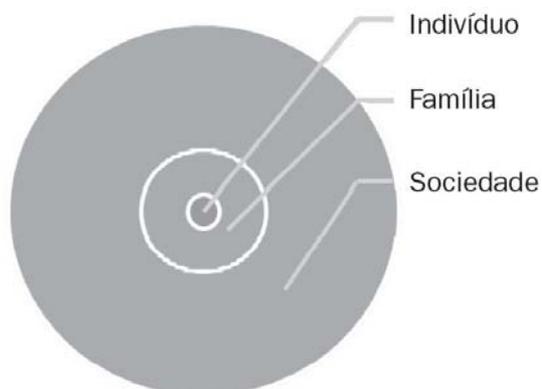
Dentro dessas considerações, o acolhimento, como já dito no início, se apresenta como uma

estratégia pedagógica tanto para apropriação dos profissionais de saúde sobre situações de contato entre serviço e usuário quanto para formação de relacionamento interdisciplinar na condução da ação clínica, formando, principalmente dentro de uma universidade pública, profissionais competentes e hábeis em administração e gestão de recursos humanos, físicos e materiais<sup>11</sup>.

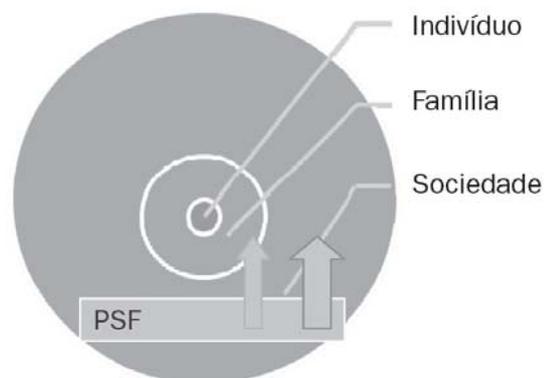
Há que se ressaltar o silêncio em documentos oficiais sobre como fazer interdisciplinaridade no trabalho em Saúde da Família, à exceção de Políticas como o HumanizaSUS<sup>13</sup> que se direcionam ao acolhimento do usuário por todos os

profissionais da equipe, priorizando seu fortalecimento e o vínculo com a comunidade.

O presente relato discute o papel do acolhimento em Atenção Primária à Saúde na graduação em medicina, a partir da reflexão sobre a experiência dos autores junto ao Curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), especificamente na Unidade Educacional de Prática Profissional (UEPP) do Ciclo I (1º e 2º anos médicos), realizada junto às Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos-SP, levando-se em conta potencialidades e dificuldades.



Modelo de cuidados tradicionais



Modelo de APS na ESF

### **Contexto da Universidade Federal de São Carlos**

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina<sup>11</sup>, seguindo o processo descrito, referenciam a formação médica que possibilite ao profissional, entre outras competências,

*...“realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios de ética/bioética com resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo”...*

Consoante o curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos vem para atender a uma demanda tanto da sociedade são-carlense quanto do Sistema Único de Saúde pela formação médica que garanta a disponibilidade de profissionais capazes de cumprir a Constituição Federal no que diz respeito a compor um SUS Universal, Humano e Equitativo. Foi estruturado um Projeto Político Pedagógico que refere como estratégias para responder a tal demanda a parceria entre Prefeitura Municipal de São Carlos (PMSC) e UFSCar – que promove o encontro entre academia e realidade do sistema de saúde –, “abordagem pedagógica construtivista” e “orientada ao desenvolvimento de competência profissional”<sup>16</sup>.

De acordo com o projeto político pedagógico citado, nos ciclos pedagógicos pelos quais o graduando passa, ocorre com contato com disparadores, seja de situações reais seja de papel pelos graduandos, que consistem em situações que possam chamar atenção para que, a partir de uma leitura sobre o mundo que o cerca, o estudante possa, interagindo com este, entendê-lo e desenvolver competências. Depois de identificados os disparadores, estes são problematizados – formulação de hipóteses e questões de aprendizagem, basicamente -, e ocorre busca ativa. Esta se dá com acesso dos estudantes a conteúdos acadêmicos – mormente uso de bases de dados disponibilizadas pela universidade e da Biblioteca Comunitária da UFSCar

(BCo) – que respondam às questões formuladas. O fechamento se dá com formulação de nova síntese, reunião de grupo de 8 a 10 estudantes mais um facilitador (docente da universidade) e um preceptor (médico da rede de saúde de São Carlos). Esta nova síntese, como o nome diz, conta com a síntese de respostas com base científica às perguntas anteriormente formuladas.

Embasando os ditos disparadores, os cenários em que os estudantes se encontram vão desde o ambiente hospitalar, Unidades Básicas e de Saúde da Família (USF), – em grande parte atrelados à parceria UFSCar/PMSC –, até as situações simuladas que tomam lugar nas dependências da universidade.

Assim, o acolhimento se apresenta como objeto de educação para os estudantes do curso sendo uma situação rica na formação de significado dos princípios de integralidade e universalidade além de expor o estudante a uma situação de trabalho em equipe. Na lógica construtivista, aparece como fonte de situações a serem problematizadas que podem colocar o estudante em contato com questões de caráter ético, técnico e profissional que permeiam a construção do SUS no país.

### **Experiências na USF**

#### *Ambiente da prática profissional*

Em acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina<sup>17</sup>, o Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação de Medicina da Universidade Federal de São Carlos<sup>16</sup> determina a experiência com a Unidade Educacional da Prática Profissional nos seis anos da graduação, cuja vivência em Unidades de Saúde da Família se concentra nos ciclos I e II – respectivamente 1º e 2º anos compondo o ciclo I; 3º e 4º anos, o ciclo II.

A UEPP tem objetivo de aumentar o contato de estudantes com a prática de profissionais da saúde desde o primeiro ano da graduação, assim como o de estudantes com usuários. Configura uma estratégia para que o estudante relacione as demandas reais de pacientes e crie significado destas com a literatura médica. Além disso, é uma tentativa de estabelecer vínculo do estudante com o serviço no qual ele atuará em toda a sua formação, afastando a possibilidade de uso antiético de paciente na formação médica<sup>16</sup>.

A USF do Jôquei Clube atende à demanda do bairro de mesmo nome, na cidade de São Carlos, contando duas equipes de saúde da família – equipe Guanabara e equipe Jôquei Clube – compostas por médico (a), enfermeira, técnico (a) de enfermagem, agente comunitário de saúde e estudantes do curso de graduação da Medicina UFSCar. Há equipe formada por nutricionista, fonoaudióloga, fisioterapeuta, farmacêutico, psicóloga e assistente social que dá apoio matricial às duas equipes.

As atividades dos graduandos em Medicina no ciclo I da UEPP são divididas em três períodos semanais, abrangendo visitas domiciliares a pacientes, participação em reuniões de equipe, participação no acolhimento com supervisão e reuniões de pequeno grupo em dependências da Universidade com docente da UFSCar.

As turmas do curso são divididas em grupos de oito a dez estudantes, que acompanham uma equipe de saúde de família. Uma vez que o estudante é parte da equipe, o acompanhamento dos pacientes pelos estudantes (sendo dez pacientes-índice para cada graduando) é registrado em prontuário de acordo com as visitas domiciliares ou acompanhamento na USF, além, eventualmente, de acompanhamento de pacientes em outros níveis de atenção.

O cuidado e os procedimentos dirigidos aos usuários pelos graduandos são feitos de acordo com a autonomia do estudante e sob corresponsabilidade

de universidade e município, essa se materializando na responsabilidade do médico da USF, de docente da universidade e estudante.

As reuniões de pequeno grupo são espaços para reflexão sobre a UEPP e problematizar a forma de atenção prestada ao usuário tanto pela equipe multiprofissional quanto pelo estudante individualmente. As avaliações sobre os processos de ensino aprendizagem são feitas em formulários preenchidos por docentes, preceptores e estudante, semestralmente.

No âmbito da UEPP, a exploração do cenário real de uma unidade de Atenção Básica aproxima o estudante das necessidades de pacientes e do próprio serviço para encontrar melhora nas condições de saúde e oferecer cuidado, respectivamente.

Nesse sentido, há, por parte dos estudantes, uso de fundamentação teórica para avaliação fatos que possam ser entraves na prestação de cuidado. A problematização em pequeno grupo, usando como disparadores as vivências dos estudantes, leva à busca ativa na literatura que objetiva a construção de conhecimento embasado e de relevância (principalmente na UEPP), para a equipe e o usuário. As avaliações dos processos ocorrem com formatos predefinidos pela coordenação do curso e que envolve tanto o preceptor quanto o docente da universidade.

### *Inserção do Estudante na Equipe de Saúde da Família*

No período de atividades relativas à UEPP, os estudantes fazem seu ciclo pedagógico que consiste na reflexão, além da necessidade de saúde do paciente, sobre as condições do serviço e sobre o que pode ser considerado um entrave para a prestação de cuidado. As percepções de dentro do microcosmo da USF em relação às dificuldades foram comparadas a relatos de

potencialidades e limites/dificuldades do acolhimento como estratégia para garantir a promoção de saúde e a formação de excelência.

Em situação de reunião de equipe e discussão de pequeno grupo, foram identificadas concepções diversas sobre o papel do estudante na USF pelos próprios estudantes e pelos outros integrantes da equipe.

Na opinião do grupo de estudantes, a inserção do estudante como membro de equipe de saúde da família mostrou diferentes concepções no que diz respeito ao seu objetivo. A maior parte dos profissionais de saúde concebia que a meta do estudante seria estudar os casos acompanhados para formação individual. A noção vai de encontro à pretensão do estudante de integrar a equipe e de ter contato ético com o paciente, de forma que ofereça cuidado multidisciplinar, como previsto nas DCN<sup>17</sup>. Com o foco na formação dos estudantes, as discussões de caso, por vezes, assumiam um ritmo aquém do necessário para a resposta à demanda do paciente. Neste caso, sugere-se um viés do educador na lógica do ensino construtivista: houve privação de informação referente aos casos discutidos no intuito de se aumentar a proatividade dos estudantes, o que os sobrecarregava de tarefas supridas por busca ativa e diminuía a velocidade da formulação do plano de cuidado ao paciente. O desenvolvimento desta problematização dos estudantes levou a discussão deste tema em reunião de equipe. Nesta reunião (re)pactuaram-se os papéis de estudantes e profissionais de saúde da equipe.

O acolhimento na unidade em questão foi também problematizado por estudantes. As percepções sobre o ambiente de USF e posterior busca ativa em literatura corroboraram com noções de que o acolhimento configuraria uma estratégia para que o direito previsto na Constituição no que se refere à integralidade e universalidade

do acesso à saúde se tornasse realidade, sendo porta de entrada do Sistema Único de Saúde.

No relato dos estudantes sobre os problemas enfrentados em situações de contato com o usuário perceberam como reclamações do último: informação desconhecida em relação ao funcionamento da unidade, longas esperas para o atendimento.

De acordo com Teixeira<sup>15</sup>, a implantação de sistema de “acolhimento dialogado” melhora o acesso à informação sobre o funcionamento da unidade por parte do usuário e diminui as esperas por maior conhecimento do funcionamento do serviço. Com este conceito, Oliveira<sup>12</sup> analisa dados de pesquisa em uma unidade de saúde da família – no caso dentro da equipe de profissionais de saúde – em Juiz de Fora – MG. Ainda, segundo a mesma, a partir do momento em que se pratica uma abordagem integral, os profissionais usam o momento de acolhimento como uma “vitrine” para as competências dos profissionais que estão no serviço. A percepção por parte dos profissionais é de que tanto os usuários quanto a equipe usam este momento de “vitrine” para se apropriar melhor do funcionamento da unidade.

Desenvolvendo-se, a comunicação entre profissionais dentro da equipe melhora a formulação de plano de cuidado quando as decisões são tomadas em conjunto por profissionais da equipe. Ainda, adiciona à melhora do plano de cuidado a potencialidade de, em situação de melhor conhecimento sobre o funcionamento da unidade, o serviço ser entendido como um direito constitucional, novamente, tanto por parte do usuário quanto por parte do profissional de saúde.

Remetendo ao relato dos estudantes, o acolhimento se apresenta como evidente estratégia para que as informações desconhecidas fossem minimizadas. Isto posto, a equipe, conhecendo o que cada profissional tem como competência, conhece

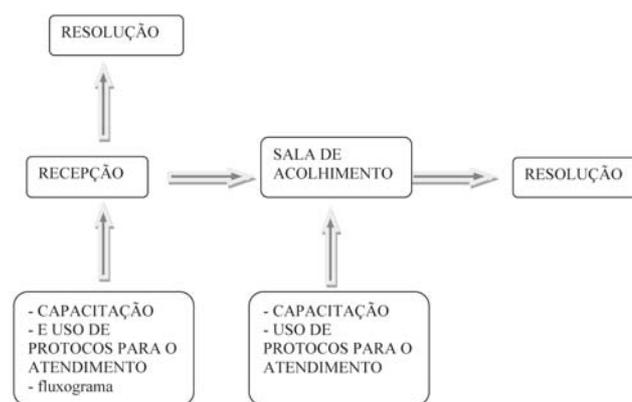
melhor o serviço, o que permite maior uniformidade na orientação do profissional ao usuário.

Segundo Franco et al<sup>8</sup>, a avaliação integralizada dos problemas de saúde permite que a resposta ao usuário tenha maior resolubilidade em análise da estruturação do acolhimento em Betim - MG. No citado trabalho, considera-se resolubilidade como “solução encontrada pela equipe de acolhimento [multiprofissional] para as queixas, sem outro tipo de encaminhamento”. São citados pelos autores como indicadores de resolubilidade da equipe, entre outros: “1) Discussões permanentes entre a equipe [...] para avaliar e processar o acolhimento[...]; 2) Capacitação da equipe com a própria experiência no atendimento [que] proporciona segurança para decidir [...]; 3) Utilização de protocolos”. Estes dados remetem às longas esperas referenciadas pelo grupo de estudantes.

A avaliação de risco e maior resolubilidade na atividade de acolhimento contribuiriam para a reorganização da demanda, o que pode diminuir a espera. Acrescente-se a isto, o fato de o funcionamento do serviço ser entendido pelo usuário e fazer com que a demanda se ajuste ao serviço. Esta adaptação é percebida por Oliveira<sup>12</sup> tanto como melhor entendimento dos horários de funcionamento da unidade quanto de competências não a médica o que contribui para a apropriação do serviço pelo usuário. Ainda segundo as autoras, outro lado desta apropriação está o entendimento de risco e vulnerabilidade que o usuário pode adquirir e utilizá-lo para ter sempre o acesso ao serviço, inclusive com queixas falsas.

Diante da problematização da UEPP na unidade de saúde da família, foi elaborada uma proposta de organização da recepção do usuário pelo serviço. Houve entendimento de que a base simples para um fluxograma que servisse para melhor atender ao usuário passaria por uma recepção eficiente no atendimento e encaminhamento

(avaliação de risco e encaminhamento de urgências, agendamento ou encaixe de consulta de enfermagem, médica) e continuidade deste atendimento por técnicos(as) de enfermagem ou enfermeiros(as) – ou, no caso, graduandos de curso de medicina – em espaço físico reservado (para maior privacidade do usuário e discrição do atendimento) que proporcionasse resolubilidade ao serviço. Esta dependeria da capacidade técnica por parte dos profissionais da Atenção Primária tanto para usar de postura acolhedora quanto para avaliação de risco. Portanto, é tida aqui como imperativa a capacitação desses trabalhadores nessas competências. No sentido de facilitar essa atividade, pensou-se em uso de protocolos que pudessem auxiliar a prática de avaliação de risco. Em relação à formação de uma postura acolhedora, pensou-se em reeducação constante dirigida a esses profissionais que os pusessem em contato com informações baseadas em evidências científicas em processo de renovação de conhecimento. Para isso, o uso tanto da escola de governo da cidade de São Carlos quanto de educação permanente por parte da Universidade poderão ser opção a partir de sua estruturação para tal demanda.



Tendo em vista o resultado da problematização dos entraves à reestruturação do serviço da unidade de saúde, fica claro que há

potencialidade, no contato do graduando com o acolhimento, para que o estudante crie significado para tal reestruturação e compreenda melhor o uso de protocolo em serviço, o porquê de o acolhimento ser a porta de entrada do serviço e o respeito à privacidade do paciente<sup>14</sup>.

No entanto, de três propostas de melhoria levantadas para o serviço, nenhuma fora implantada até então, o que mostra que, apesar da experiência de contato com o serviço ter enriquecido a formação, não houve enriquecimento equivalente para o serviço, pelo menos decorrente do contato do graduando com o cenário de prática. Essa discrepância provavelmente se dá por pouca penetrância da produção dos estudantes no serviço, além da deficiência de estrutura em relação à Universidade e à Prefeitura Municipal de São Carlos para um programa de reeducação de profissionais para esse tema.

O que aparece aqui na problematização por parte dos graduandos é a formação de significado ao acolhimento como uma resposta aos problemas encontrados para a prestação de cuidado. Pedagogicamente interessante, os problemas dos graduandos correspondem a questões da estruturação do serviço de Atenção Primária. Portanto, o contato do estudante com o acolhimento pode ser uma ferramenta pedagógica importante na formação de profissionais que terão de enfrentar a expansão qualitativa e quantitativa da saúde no país.

De certo modo, não mostrar ao graduando os problemas de ordem organizativa com a devida importância a fim de que o estudante tenha mínima familiaridade com estas situações, seria tão eficiente quanto formar um médico cujo significado de faringite fora escondido: ao se deparar com tal situação, o profissional se sentirá despreparado para conseguir integrar um serviço que de cuidado integral, podendo não valorizar a condição

como uma em que se deve trabalhar para que o cuidado constitucional e, portanto, devido seja prestado ao usuário do sistema de saúde.

Ainda, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina preveem a formação de profissional com competências de liderança de administração e de gerenciamento. A situação de estruturar o serviço envolve tanto o bom relacionamento da equipe multidisciplinar, quanto a própria aplicação de recursos materiais e humanos nesta empreitada.

### *Ensino em Cenários Reais: Ambiente de APS Versus Ambiente Hospitalar*

Levantaremos uma questão sobre a diferenciação entre ambientes de APS Unidades de Saúde de Família (USF) e algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS), no caso brasileiro e de atenção secundária e terciária como cenário de Prática Profissional. Consiste em distinguir o que pode ser ensinado em um cenário não pode ser ensinado em outro e o que tem interseção.

Procede o argumento de que a inserção de estudante no sistema de saúde tem um caráter contínuo por conta do acompanhamento do percurso do paciente por todos os equipamentos de saúde. Como mostra Demarzo<sup>4</sup>, pode-se entender o internato e a inserção como a descrita da UEPP com uma mesma atividade curricular, mesmo que, tradicionalmente, o primeiro seja característico dos dois últimos anos de graduação isento de disciplinas acadêmicas. A atividade de Prática Profissional pode corresponder ao “treinamento intensivo” que determina o MEC se for considerado que as “realidades empíricas” podem ser intensivas não pelo período de imersão, mas pela complexidade e impacto das situações reais para o aprendizado do estudante. O estudante não residiria no hospital-escola, residiria na

rede escola<sup>18</sup>. O que diferencia a APS e os outros níveis de atenção é que, segundo Christensen<sup>2</sup>, a APS está no terreno do estruturado, de precisão. Com a progressão no nível de atenção os problemas com que os profissionais de saúde e o paciente têm de lidar são relacionados questões semiestruturadas, com uso da intuição do profissional especializado. O que quer dizer que o sofrimento mormente relacionado ao biológico (não nos esqueçamos da saúde mental), no ambiente de ESF, está mais bem descrito, há grande quantidade de informação sobre eficiência e eficácia das terapêuticas, vide o que é estipulado pela já citada declaração de Alma-Ata.

Ainda segundo o autor, as atenções terciária e secundária estariam mais relacionadas com o saber intuitivo, que inclui o uso de profissional especializado e com grande bagagem de vivência na sua especialidade. Este tipo de profissional estaria apto a resolver melhor problemas não estruturados, que ainda não são compreendidos a ponto de se criarem algoritmos para sua resolução consagrados pela comunidade científica. O que substitui estes “algoritmos” é o saber intuitivo do especialista.

Diante desta leitura, é difícil ignorar que o que é estruturado hoje, um dia foi um problema quase estruturado. Portanto a complexidade dos ambientes de atenção está presente neles mais bem ou mais malcompreendidas. Negar isto seria o mesmo que dizer que a humanidade não consegue se apropriar devidamente de situações da clínica que sejam complexas.

Disto depreende-se que a maior precisão do terreno da APS torna a inserção do estudante no cenário de ESF mais facilmente protegida. As características epidemiológicas da ESF e os procedimentos que levem em conta o biológico da pessoa são problemas com satisfatória disponibilidade de informação sobre a eficácia e eficiência

das terapêuticas e descrição dos processos de sofrimento, biológicos ou não, o que facilita o contato do estudante com o serviço, sem, evidentemente, esquecer-se da necessidade de supervisão dos processos pelos quais aquele passa neste cenário. Outra potencialidade para o ensino é a capacidade de reconhecer o que deve ser acompanhado no ambiente de USF ou deve ser encaminhado a outros níveis, uma vez que o terreno do preciso tenha sido extrapolado.

Segundo Demarzo<sup>4</sup>, o contexto comunitário privilegia o saber dos usuários sem desconsiderar o saber médico, enquanto a atenção secundária ou terciária privilegia o saber médico sem excluir o saber do indivíduo. Tendo isto em vista, o que se propõe é que a estruturação do contato do estudante com cenários reais fundamentalmente discussões teóricas e faça parte do ciclo pedagógico pelo qual o graduando em Medicina deva passar, use o cenário que envolva mais situações controláveis e tenha maior conhecimento estruturado.

Também em relação à formação ética do egresso, vale lembrar que, sendo o início de um treinamento de profissional de saúde, o estudante pode moldar sua postura refletindo sobre a relação médico-paciente na inserção e na atenção básica. Problematizar a empatia entre profissional de saúde e usuário tem maior potencialidade em uma situação de infecção de vias aéreas superiores do que no contato com um paciente terminal de um ambulatório de oncologia. Aqui, a situação mais bem estruturada pode favorecer tanto a quantidade de informações biológicas quanto facilitar o entendimento sobre estas. O problema menos estruturado, no caso, seriam o desenvolvimento de empatia e a criação de vínculo, o que pode levar ao desenvolvimento de escuta e formação da competência. Principalmente neste momento, o estudante pode refletir acerca

do seu conhecimento prévio sobre as relações humanas e evitar preconceitos que possam lesar as competências citadas nas DCN<sup>11</sup>.

No que diz respeito à prática profissional a inserção do estudante no ambiente de APS seria de vital importância para que temas como integralidade e acesso ao sistema sejam explorados na graduação. A abordagem da estruturação do serviço, o trabalho em equipe e intersectorialidade podem ser forma de interação entre equipe (esta incluída o estudante) e usuário que justifique o acolhimento (por que não?) do sistema de saúde e da comunidade ao estudante, principalmente nos primeiros anos, em que ele não tem desenvolvimento suficiente de competências clínicas para prestar cuidado ao usuário. Com esta abordagem pretende-se não apenas usar a rede de serviço de saúde como escola, mas também prestar cuidado para a população com que está em contato em todos os momentos de convívio com o ambiente real.

### **Considerações finais**

O acompanhamento de pacientes pelos estudantes mostra-se meio propício para o desenvolvimento de síntese de dados da clínica e a relação com a conversão destes dados em cuidado. Junto a esta unidade educacional, o uso do cenário para aplicação de conhecimentos adquiridos em ambiente protegido da Universidade com intuito de capacitação do estudante em aplicação de exame físico geral, anamnese, escuta, registro de informação, sigilo e implicações éticas.

A implantação de sistema de “acolhimento dialogado” melhora o acesso à informação sobre o funcionamento da Unidade por parte do usuário e diminui as esperas por maior conhecimento funcionamento do serviço. Ainda, a comunicação entre profissionais dentro da equipe melhora a

formulação de plano de cuidado quando as decisões são tomadas em conjunto por profissionais da equipe. O contato do grupo de estudantes com equipe multiprofissional introduz a compreensão sobre o uso de saberes diferentes que pode melhorar o atendimento por melhor empregar as potencialidades do serviço.

Na proposta apresentada pelo grupo discente, envolvendo criação de um (1) fluxograma para o acesso ao serviço, (2) uso de postura acolhedora por parte de todos os profissionais de saúde e (3) educação permanente percebem-se esboços de conceitos importantes para a formação de profissionais que tenham como opção de futuro, a estruturação do serviço. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina definem, entre outras competências, liderança em equipe e gerenciamento do uso de recursos humanos, físicos e materiais para a prestação de cuidado. No contexto do acolhimento, a tentativa de organização do serviço para que se torne integral e universal, mostrou-se tanto como fonte de muitos disparadores para o acúmulo e posterior construção de conhecimento teórico – dentro do ciclo pedagógico do curso – quanto como situação de desenvolvimento de competência no que diz respeito à liderança e ao trabalho em equipe.

Em relação ao conhecimento teórico, a gestão do cuidado é introduzida com a própria limitação do estudante de segundo ano e com a referência e discussão de casos em situações diferentes das encontradas em visitas domiciliares. Importante salientar que o aprendizado vai além da simples triagem quando o atendimento já foi e é constantemente problematizado com instrumentalização de escuta ativa por parte do estudante o que aumenta tanto o entendimento do usuário sobre o cuidado quanto a satisfação em relação à conduta. Ainda, a noção de como lidar tanto com recursos materiais quanto

humanos com o intuito de melhorar o atendimento na USF dá exemplos claros de relação profissional de saúde-profissional de saúde e o uso do espaço físico da unidade.

Como potencialidades referem o acolhimento como situação de prática aferição de sinais vitais, pressão, anamnese centrado no usuário e escuta, realização de exame físico<sup>13</sup>.

Em relação à escuta, o fato de o estudante estar utilizando o momento de acolhimento também para desenvolver sua conduta neste período favorece a abordagem integralizada com queixas referidas e percebidas, uma vez que configura importante fonte de vivência para moldar sua práxis e adquirir excelência clínica. No momento de formação é que se pode, com mais facilidade, ensinar o futuro profissional a ter uma prática de escuta e decisão compartilhada.

Atrelada à integralidade vem a maior possibilidade de abordagem da saúde mental. Tanto no sentido de servir de disparador para que o estudante com postura acolhedora faça seu ciclo pedagógico em problematização de queixas referidas ou percebidas, quanto para que a percepção destas queixas, necessidades e/ou problemas de saúde sejam encaminhados pelos profissionais do serviço. Neste caso, muito se relata a ineficiência e despreparo dos profissionais de saúde em relação a este tema<sup>13</sup>. E, nos permitindo um raciocínio tautológico: se estes profissionais tivessem passado por experiência de acolhimento, eles estariam mais preparados, provavelmente já teriam uma vivência em ambiente potencialmente protegido.

A estruturação do serviço tende a ser um processo dinâmico, uma vez que dialogado com profissionais e usuários, o que pode ser visto como uma atividade de gestão administrativa (uso de recursos humanos, físicos e materiais) e de cuidado. Este dinamismo muito se deve a um

ambiente de relações entre comunidade e serviço. É na dinâmica da comunidade, nas situações de sofrimento do usuário – potencialmente uma de sofrimento para o cuidador – que se reconhecem alterações nos problemas por estarem envolvidas na situação singular do queixoso. Quando da elaboração do plano de cuidado singular, há possibilidade de rever o perfil epidemiológico, por exemplo, e o serviço se deparar com a necessidade da formação ou alteração mas ações da equipe ou mesmo da comunidade. Por esta óptica, mesmo que a Atenção Primária no país tenha 100 % de cobertura e com uma estratégia de acolhimento já instalada, o ambiente será de diálogo com a necessidade de cada comunidade e, portanto, de revisão de estratégias de atendimento ao usuário. Logo, o contato do estudante com o serviço no acolhimento e na lógica da Atenção Primária, além de colaborar com o processo de construção do plano terapêutico com respeito aos vários saberes da equipe e do usuário<sup>13</sup>, tem caráter de estimular a construção do serviço, o que potencializa o vínculo deste com aquele.

Conflitos de interesses: Os autores declaram não haver.

#### Referências

1. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974; 9:208-20.
2. Christensen C, Grossman J, Hwang J. Inovação na gestão da saúde: a receita para diminuir custos e aumentar a qualidade. Tradução: André de Godoy Vieira, Mariana Belloli Cunha, Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
3. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care [monografia na internet] Alma-Ata; 1978 [acesso em 4 fev 2012]. Disponível em: <[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)>

4. Demarzo MMP, Fontanella BJB, Melo DG, Avó LRS, Kishi RGB, Mattos ATR de, et al. Internato Longitudinal. Rev Bras Educ Med [ periódico na internet] 2010 [aceso em 5 set 2014];34(3):430-7.
5. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University;1973.
6. Donabedian, A. The quality of care. How can it be assessed? Arch pathol labor med. 1997;121(11), 1145-1150.
7. Fracolli LA, Zoboli ELC. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. Rev Esc Enferm USP 2004; 38(2):143-51.
8. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Públ. 1999; 15(2):345-353.
9. Medeiros FA, Araújo-Souza GC, Albuquerque-Barbosa AA, Clara-Costa IC. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. Rev. salud públ. 2010; 12(3): 402-413.
10. Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde: origem e diferenças conceituais. Rev APS. 2009; 12:204-213.
11. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/ CES nº 4, de 07 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do Curso de Graduação em Medicina [resolução na internet]. Brasília (DF); 2001. [acesso em 4 fev 2012]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>
12. Oliveira LML, Tunin ASM, Silva FC. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. Rev APS. 2008; 11(4): 362-373.
13. Simões ALA, Rodrigues FR, Tavares DMS, Rodrigues LR. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. Texto Cont Enferm. 2007;16(3):439-44.
14. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Mem Fund Quart. 2005; 83(3): 457-502.
15. Teixeira, RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ ; 2003. p. 89-111.
16. Universidade Federal de São Carlos. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Medicina. Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina. Coordenação da Graduação em Medicina. São Carlos: UFSCar; 2009.
17. Van Drie ML, De Sutter AI, Christiaens TCM, De Maeseneer JM. Quality of care: the need for medical, contextual and policy evidence in primary care. J Eval Clin Prac. 2005;11:417-429. doi: 10.1111/j.1365-2753.2005.00549.x
18. Vieira, JE. O processo de aprendizagem em hospitais de ensino. In: Marins, JJN, Rego, S, Lampert, JB, Araújo, JGC, organizadores. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo; Hucitec; 2004. p. 113-121.
19. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992; 22(3): 429-