

## Experiência de portfólio reflexivo como avaliação e vivência em saúde: um relato de internato longitudinal na graduação em medicina

*Reflexive portfolio experience as evaluation and living in health: an account of longitudinal boarding in the medical graduation*

Thiago Dantas Martins<sup>1</sup>, Stella Beatriz Rodrigues Pinto de Araújo<sup>2</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Compreender o protagonismo do estudante de medicina, figurado através de experiência de inserção longitudinal na rede de saúde local, baseado em relato reflexivo de experiência. Fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade e qualificar a rede de saúde, produzindo ambiente resolutivo para aprendizagem, com foco na integração dos três níveis de Atenção do SUS e na aprendizagem clínica a partir de estratégias de treinamento em serviço. Também, promover aproximação e intervenção sobre os processos de trabalho dos profissionais de saúde, resultando em ações efetivas de ensino, pesquisa e assistência, de forma integrada com os serviços de saúde e a comunidade.

**Método:** O processo metódico foi estruturado a partir da ferramenta Portfólio Reflexivo, sendo parte de processo avaliativo. Além disso, e considerando um processo formativo qualitativo, teve-se uma diversidade de práticas nos equipamentos de saúde. **Resultados:** A partir da análise reflexiva das competências e habilidades projetadas e adquiridas em campo, possibilitou--se entender o processo de trabalho como elemento formativo, potencializando a visão generalista, humanista e ética na prática médica atual e no futuro profissional. Ainda, aproximação com as residências médicas dos municípios do interior potiguar e maior articulação entre a Universidade e os municípios.

**Conclusão:** Partindo-se do pressuposto de que a saúde é resultado de práticas educativas em suas diferentes dimensões, percebem-se as dificuldades, impactos das gestões e as resolutividades na atenção à saúde. O portfólio reflexivo como ferramenta de avaliação e mensuração das competências, habilidades e atitudes expõe aspectos práticos da Medicina e a inter-relação no fluxo da rede de saúde.

**Palavras-chave:** Medicina, Saúde, Atenção à Saúde, Treinamento em Serviço, Ensino.

1. Acadêmico do curso de Medicina. Escola Multicampi de Ciências Médicas – Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM-UFRN).

2. Mestranda. Médica Nefropediatra. Docente do curso de Medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas – Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM-UFRN).

E-mail do primeiro autor: thiagodantas\_pb@hotmail.com

## Abstract

**Objective:** To understand the protagonism of the medical student, figured by experience of longitudinal insertion in the local health network, based on reflective reporting of experience. To strengthen the teaching-service-community integration and to qualify the health network, producing a resolute place for learning, focusing on the integration of the levels of Attention of SUS and in the clinical learning from inservice training strategies. Also, to promote approximation on the work processes of the health professionals, resulting in effective actions of teaching, research and assistance, in an integrated way with the health services and the community. **Method:** The methodological process was structured using the Reflective Portfolio like tool, being part of the evaluation process. In addition, and considering a qualitative formation process, there was a diversity of practices in the health equipments. **Results:** Based on the reflexive analysis of the skills and abilities projected and acquired in the service, it was possible to understand the work process like a formative element, enhancing the generalist, humanistic and ethical view in the current medical practice and in the professional future. Also, approximation with the medical residences of the municipalities of State Potiguar and greater articulation between the University and the municipalities. **Conclusion:** Based on the assumption that health is the result of educational practices in their different dimensions, we can see the difficulties, the impacts of the health management and the resolves in health care. The reflective portfolio like a tool for assessing and measuring competencies, skills and attitudes exposes practical aspects of the medicine and the interrelationship in the health network flow.

**Keywords:** Medicine, Health, Health Care, Inservice Training, Teaching.

## Introdução

O processo de integração do estudante de medicina no Sistema Único de Saúde (SUS) não é uma novidade curricular. Além disso, a incorporação de metodologias ativas de aprendizagem, da mesma forma, também não. Nessa conjuntura, novas formas de aprendizado têm configurado mudanças na percepção da realidade de saúde pelos estudantes.

Como meio de possibilitar a integração do ensino-serviço-saúde, oportunizar ao estudante uma inserção longitudinal nos sistemas de saúde locais qualifica a rede de saúde, aproxima vínculos da universidade com trabalhadores de saúde e gestores e corrobora para uma grande diversidade de ambientes de prática médica.

Sob uma ótica qualitativa, propostas inovadoras que possibilitem uma assistência à

saúde mais qualificada e abrangente vêm sendo desenvolvidas, principalmente no que tange ao envolvimento desse processo com uma formação profissional generalista, humanizada e crítica no curso médico.

A oportunidade de aprendizagem integrada dos conteúdos com a realidade de saúde também fomenta e endossa a boa construção do futuro médico. Portanto, compartilhar experiências enaltece a “compreensão ampliada do processo saúde-doença” e fortalece, como instrumento amplificador, as propostas das novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em Medicina.<sup>1</sup>

“Por que não pensar o internato de forma longitudinal durante os seis anos do curso, considerando um aumento progressivo de domínio e autonomia de competência clínica?”<sup>2</sup> Seguramente, os discentes de graduação têm em mãos o passo inicial de protagonismo da própria formação.

## Métodos

O processo metódico trata-se de uma análise realizada por meio de um relato reflexivo de experiência, estruturado a partir do uso da ferramenta do Portfólio Reflexivo, sendo este modelo avaliativo de habilidades e atitudes de formas de estágio e imersões médicos diversos.

Esse meio permite a avaliação, desde cedo, das potencialidades, fragilidades e

contribuições para a formação crítica e reflexiva do estudante, fazendo com que haja uma congruência entre estrutura curricular médica e boa prática profissional.<sup>3</sup>

Além disso, tiveram-se como principais equipamentos em saúde utilizados os atendimentos na Estratégia de Saúde da Família, hospitais, centro de saúde especializado, ambulatórios e visitas domiciliares, na região potiguar.

Segundo Makabe e Maia<sup>4</sup>, os estudantes em contato com a comunidade relataram a influência na humanização de suas futuras práticas médica e profissional, na medida em que puderam entender a visão do paciente em sua complexidade. Aditivamente,

Puderam enriquecer sua visão sobre o “ser médico”, visando ao entendimento integrado do paciente e ao compromisso social que nem os laboratórios, as enfermarias e os ambulatórios dos hospitais-escola permitem vivenciar, o que só acontece no contexto real da vida das pessoas, onde os futuros profissionais irão atuar. (Makabe e Maia, 2014, p.131)

Configurando o eixo de atividade integradora de formação, uma disciplina flexível (Vivência Integrada na Comunidade) de quatro semanas durante sete períodos (2º ao 8º), integra a grade curricular do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Campus Caicó. Através

desse momento, a formação acadêmica transfigura-se à prática, sob dimensões dos três níveis de atenção à saúde.

### **Resultados e Discussão**

Sabe-se que a participação integral e compromissada de trabalhadores, gestores, estudantes e professores pode alavancar conquistas importantes para a efetivação da integralização ensino-serviço-comunidade. Ao se definir papéis sociais e de saúde singulares que se conectam em torno de um objetivo comum, pode-se desnudar as fragilidades e elaborar propostas de valorização das potencialidades e inovações no Sistema Único de Saúde (SUS).

A construção de propostas e espaços coletivos de argumentação, negociação e encaminhamentos desde a graduação, a partir, por exemplo, de uma sistematizada descrição reflexiva de práticas realizadas pelos acadêmicos, endossa a verificação dos impactos e consequência do fortalecimento da rede de atenção à saúde. Potencialmente, verifica-se a qualificação profissional e a formação de um perfil médico que busca maior aproximação com dimensões que extrapolam as competências tecnicistas do processo ensino-aprendizado.

Primeira Semana - O estudante de Medicina e o SUS

Sob o início da quinta Vivência Integrada na Comunidade, novos vínculos formavam-se, aliado à imaginação e reflexão central. No que concerne à introdução do estudante de Medicina na realidade do SUS desde os primórdios de um curso de medicina, é fato que fica mais compreensível entender a gestão e o funcionamento do sistema, bem como possíveis entraves e limitações. As necessidades de referenciamento, por exemplo, permeiam, nessa experiência, desde a não disponibilidade de profissionais na rede de saúde pública do município até a concretização do atendimento.

Tendo em vista todo o impacto advindo dessa ação, é necessário apresentar, primordialmente sob uma fronteira de intersecção, a relação das atividades realizadas na semana, sob a prioritária égide do papel do estudante de Medicina no Sistema Único de Saúde brasileiro.

Com efeito, reuniões com secretarias municipais de saúde norteiam a realidade da saúde dos municípios, e tendo mais em vista a conjectura das cidades interioranas do Rio Grande do Norte, a exemplo de Caicó, Currais Novos e Santa Cruz, grandes eixos polarizadores. Embora os entraves ainda sejam gigantes e a estruturação/organização do serviço ainda siga caminho, não é tão fácil opinar: é necessário compreender que a gestão

de um sistema de saúde, burocrática como quaisquer outras gestões, transcende a superficialidade imaginária de um leigo.

Na realidade, existe uma carência grande de formação acerca de fundamentos de gestão em saúde nos cursos dessa área. Segundo Brasil<sup>5</sup>,

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. (Brasil, 2004, p.7)

Continuamente, Azevedo<sup>6</sup> revela uma “formação alheia às organizações da gestão, ao debate crítico sobre a estruturação do cuidado na saúde, permanecendo impermeáveis às instâncias de controle social do SUS [...]”.

Além disso, o esforço do ensino-serviço-saúde, como meio de promoção do processo de integração ensino-serviço-comunidade, tem um notável destaque. Compilando fatores intrínsecos e não intrínsecos, como o trabalho em equipe e o processo de formação médica, a integração dos estudantes com a comunidade corrobora não somente para enriquecimento das competências pessoal e profissional,

ampliando a dimensão do universo acadêmico, mas também para um pomposo - e mais eficiente - funcionamento do serviço.

Em outra análise, como parte da Estratégia de Saúde da Família e da Atenção Primária à Saúde, Abreu<sup>7</sup> explana que as visitas domiciliares “favorecem a aproximação dos profissionais de saúde à realidade local, permitindo conhecer melhor as situações que envolvem o processo saúde-doença, que englobam fatores sociais e econômicos, para nos auxiliar a conhecer o modo de vida das pessoas”. No interior potiguar, também não seria diferente. Em um dos dias da semana, por exemplo, foram realizadas três visitas domiciliares bem interessantes, aliado aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os quais despertam tamanha presteza com o amplo conhecimento dos territórios de suas áreas e ensinam com suas contribuições sobre o complexo de arcabouço de relações familiares.

Uma paciente com Herpes Zóster há dois meses, em terapêutica, e relatando intenso prurido; um paciente oncológico com câncer de próstata metastático em terminalidade; uma paciente geriátrica com distúrbio do movimento e aparente síndrome da fragilidade, com perda das atividades instrumentais da vida diária e parte das básicas. Tomados esses exemplos, um ponto bastante duvidoso desse momento foi sobre o correto tratamento do prurido da primeira paciente. Logo pensa-se no

uso de um anti-histamínico, que foi a conduta adotada pela médica da Unidade Básica de Saúde (UBS). Em pesquisas sobre o tema, bastante escassas no que concerne ao tratamento do prurido do Herpes Zóster, há recomendação de loção de calamina para alívio.<sup>8</sup>

É claro que grande parte do funcionamento da saúde via SUS está fincada nas atenções secundária e terciária. E, mais uma vez, o aprendizado e vivência nesses ambientes são extremamente significativos e enriquecedores, com ideal papel similar de importância de inserção de estudantes de Medicina. Como consonância a esta clareza, dois momentos específicos marcaram a semana (e ambos hospitalares): a maternidade, na assistência materno-infantil, e a terapia intensiva, com ricas discussões de casos. Momentos de extrema significância: aprendizados, ambientes e pacientes.

Notadamente, de paramentação cirúrgica, em cesarianas, a pacientes críticos da terapia intensiva, a fundamentação da correta prescrição hospitalar requereu potencial atenção e interesse, mesmo se já sabido toda essa construção. Ao investigar-se a temática, Pazin-Filho, Frezza, Matsuno, Alcântara, Cassiolato e Bitar et al.<sup>9</sup> discorrem desde a prescrição da dieta até a aferição dos sinais vitais, vias de administração, etc. Ainda, acrescentando eles, “a prescrição médica intra-hospitalar é uma etapa dentro de um complexo

processo de fornecimento de medicamentos, sendo apontada como uma das principais fontes de erros inesperados na evolução do tratamento de pacientes internados”.<sup>9</sup>

Uma das partes mais marcantes da semana foi durante um dos atendimentos na UBS. Um paciente clara e afetivamente emocionado por um problema familiar, causado por um irmão que adentrou ao mundo das drogas ilícitas, que até tentou matar a mãe. O homem relatava extrema dificuldade de dormir nos últimos dias e muitas queixas de sintomas orgânicos. Potencialmente, todos, médicos e médicos em formação, mesmo tentado manter uma postura mais firme e de consolo, acabam por viver do sentimento compartilhado, nem que seja ao menos por um curto tempo. É algo de constante reflexão e de dificuldade sobre o norteio nesse sentido.

No que tange à relação interprofissional, o grupo de HiperDia, com pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, foi realizado pelos alunos de medicina de períodos iniciais e residentes multiprofissionais em um dos momentos na Unidade. Nostalgicamente, foi um encontro de risos, inter-relações e compartilhamento de conhecimento, bem como aprendizado de histórias de vida. Em uma visão mais ampliada, apoiar, orientar e manter vínculo com esse público-alvo podem ser fundamentais para uma boa adesão terapêutica, controle da doença, prevenção de agravos e,

substancialmente, alterações positivas na qualidade de vida.<sup>10</sup>

Segunda Semana - A importância da existência e do bom funcionamento das atenções secundária e terciária à saúde

Sob a semana marcada, majoritariamente, pela presença das atenções secundária e terciária, sabe-se que o sistema de saúde brasileiro fundamenta-se, primordialmente, na interface entre três níveis de atenção à saúde. De acordo com Santos<sup>11</sup>,

O modelo do sistema de saúde brasileiro é centrado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade. Isto significa dizer que ele se estrutura em níveis de maior ou menor complexidade de ações e serviços de saúde, conforme dispõe, ainda, os arts. 8º e 7º, II, da Lei 8.080/90. Nesse sentido, o modelo de atenção à saúde, que se centra em níveis de complexidade dos serviços, deve ser estruturado pela atenção básica, principal porta de entrada no sistema, a qual deve ser a sua ordenadora. A hierarquização se compõe da atenção primária ou básica; atenção secundária e terciária ou de média e alta complexidade (ou densidade tecnológica). (Santos, 2011)

Contudo, desafios e dificuldades regem todos os níveis. Por exemplo, os entraves à assistência ao pré-natal de alto risco aos municípios pequenos, que deveriam desfrutar de uma melhor qualidade de serviço mais próxima, é uma realidade existente. O referenciamento para a maioria das cidades potiguares, nesse setor, encontra-se em Natal-RN, na Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), pertencente à Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Tendo em vista esse aspecto:

As dificuldades identificadas no elemento modelo de atenção, no componente assistencial, dizem respeito à direção das interações e articulações entre a atenção básica e a atenção secundária. A falta de resolutividade da atenção básica, a existência de demanda reprimida, a restrição de acesso, a falta de agilidade aos serviços de referência, a indefinição de fluxos de referência e contra referência e a não implementação de linhas de cuidado, apresentam-se como limitações de um serviço em rede, comprometendo o seu funcionamento. (Erdmann, Andrade, Mello e Drago, 2013, p.5)<sup>12</sup>

Continuamente, e no que concerne à Saúde do Trabalhador, por outro lado, há um destoamento. Como proposta para melhorar a atenção a esse público, houve a criação dos Centros de Referência em Saúde do

Trabalhador (CERESTs), a partir da Portaria Ministerial 1.679/2002, cujos primordiais objetivos fincam-se nos seguintes aspectos: promoção e vigilância em saúde, garantindo funções de suporte técnico; educação permanente, assessoria ou coordenação de projetos de assistência; além da promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência.

O CEREST de Caicó-RN, por exemplo, engloba a região potiguar do Seridó, polarizando a atenção à saúde. São trabalhadores de uma região em constante risco: a grande quantidade de costureiras na região e seus distúrbios musculoesqueléticos; a relativa e frequente presença de atividades mineradoras e os minerados que nelas trabalham, submetidos à intensa aspiração de poeiras com elementos químicos; a relação indústrias, operários, barulho e desproteção sonora; as professoras e suas desordens da fonação e lesão por esforço repetitivo; além dos constantes acidentes de trabalho, em suas mais diversas magnitudes e situações.

Todos esses fatos puderam ser constatados a partir do acontecimento do atendimento do médico do trabalho na sede do CEREST, em um dos dias. Além de discutir e entender o impacto da importância da atenção multiprofissional em rede de assistência (com disposição, por exemplo, de médico, fisioterapeuta, enfermeiro, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional), foi viável – e de

experiência única – os estudantes poderem atender a alguns dos pacientes, instruídos pelo médico, no que se refere aos atributos à saúde do trabalhador.

Como mais uma prova de enriquecimento e crescimento peculiares, o rodízio na enfermaria de Pediatria, com um dos pediatras docentes, aprimorou as competências na formação nessa área. O enigma da criança enferma e o atendimento ao recém-nascido (RN) com poucas horas de vida e tamanho corpóreo intrínseco mesclaram um momento de delicadeza, de um lado, e, de outro, felicidade no aprendizado e entendimento do paciente pediátrico. Com a dada autonomia a que se coube àquele instante para o completo exame clínico do bebê, desde toda a conversa com a puérpera-mãe, é incrível perceber como se adquirem habilidades antes imperceptíveis: seja no interrogatório do bebê e ouvindo a mãe, seja pesando o RN, aferindo seu Perímetro Cefálico e concretizando, talvez, um dos primeiros exames físicos da sua vida, ou mesmo, e de grande importância, orientando sobre os cuidados durante os primeiros anos de vida para o responsável.

Além disso, é valor estabelecido os impactos e cenas inesquecíveis que o ambiente de prática fornece. Um fato extremamente marcante, e ocorrido na UBS, foi o de uma criança, quase em idade escolar, psiquiátrica, utilizando terapêutica com antipsicótico duas vezes por dia. Esse caso havia sido planejado

para consulta compartilhada na semana anterior, na qual a equipe multiprofissional, residentes multiprofissionais e ACS, junto à médica, concordaram em discutir o caso e realizar esse atendimento, a fim de verificar os antecedentes, dinâmica familiar e a situação real da paciente pediátrica.

À impressão primeira, corroborada com o fim da consulta compartilhada, da qual participaram assistente social, farmacêutico, enfermeira, médica e estudantes, foi constatado um quadro de um misto Transtorno de Personalidade (semelhante ao tipo psicopata) e um imaginável Déficit de Atenção e Hiperatividade, este sempre explanado pela mãe, que compareceu com a filha ao atendimento. Esses caracteres são tão marcantes, segundo o relato, que já motivou a expulsão da criança de uma escola, com a mesma vivendo destemida e sem medo, citando até a possível morte de seus avôs, com quem mora com a mãe. Assim, uma situação inusitada e de novidade episódica.

Segundo D'Abreu<sup>13</sup>, existem três grandes fatores que explicam as dificuldades diagnósticas na psiquiatria infantil, que podem estabelecer corroborações diante das incertezas do quadro acima relatado. Assim: não há uma sensação subjetiva de sofrimento interno da criança, que seja explicitada; características comportamentais da idade são interpretadas como normais; e os critérios avaliativos dos transtornos mentais (Manual

Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM) em crianças serem pouco validados e não construídos para tais.

Em somatória, ainda há um aspecto de expressiva magnitude, partilhado entre a temática psiquiátrica e a atenção primária: o uso indiscriminado, dissipado e preocupante de psicotrópicos, notadamente os benzodiazepínicos. São múltiplas as imagens frente a essa situação: desde a constante renovação de receitas sem alguma avaliação secundária, ou mesmo primária, até o costume, sob “exemplo” desprovido de força maior, de fins hipnóticos, diariamente, por longevidade de anos.

Podem explicar essa constatação o desconhecimento da história médica pregressa do paciente pelos prescritores dos benzodiazepínicos e, por conseguinte, estabelecimento da contínua renovação das medicações, além da grande dependência gerada, como efeito colateral em longo prazo, dificultando a interrupção desse ciclo vicioso.

<sup>14</sup>

#### Terceira Semana - Saúde da criança

No processo de andamento da atividade integradora de formação, uma das semanas ocorreu em Macaíba-RN, no Centro de Ensino e Pesquisa em Saúde Anita Garibaldi – Instituto Santos Dumont (ISD), vinculado ao Ministério da Educação. Em se tratando de um lugar de referência materno-infantil de alto risco e que parece transcender a teórica

descrição do Sistema Único de Saúde a sua prática, existe nesse lugar o cumprimento de uma conjuntura de ações que são capazes de modificar o processo saúde-doença. Desde uma condução de pré-natal de alto risco até uma reabilitação física, experiências enriquecedoras, que, certamente, constituem exemplo de bom funcionamento de saúde pública.

Em uma das práticas, os estudantes vivenciaram um momento de visita e acolhimento às crianças da Associação Macaibense de Acolhimento Institucional (AMAI). É complexo entender o porquê de aquelas crianças e adolescentes estarem ali. Suas relações, mantidas ou perdidas, com seus pais e familiares, o apoio ao crescimento sem danos, forma de institucionalização, processos futuros de adoção, entre outros aspectos, constituem paradigmas que endossam aquele questionamento. Analisando as conclusões de Souza e Brito<sup>15</sup>,

Para a efetivação do direito à convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes acolhidos institucionalmente é preciso que sejam avaliadas as dificuldades atuais das famílias, oferecendo dispositivos de acolhimento que estejam de acordo com suas necessidades, inserindo-as nesse processo e ajudando-as a entender as medidas aplicadas, a exemplo do que vem sendo feito no

contexto francês. (Souza e Brito, 2015, p.55)

Nesse sentido, e destoando dessa análise, encontrou-se um “abrigo” com crianças tristes, a maioria sem conexão com as famílias de origem e, fundamentalmente, sem condições estruturais de vida mais digna. O projeto “A Arte de Crescer”, nome dado a esses encontros frequentemente realizados, impacta não somente através das atividades lúdicas propostas, mas também no enriquecimento pessoal/profissional, na humanização do cuidado e no maior empoderamento da compreensão da integralidade da atenção ao desenvolvimento infantil.

Em outro momento, no Centro de Educação Científica Escola Alfredo J. Monteverde, também pertencente ao ISD, ações sobre acuidade visual, triagem auditiva e coleta de dados antropométricos foram concretizadas sobre os jovens da instituição. Paradoxalmente, viam-se crianças felizes, que pareciam fazer da ciência um rompimento de barreiras e construção do intelecto. Analisando as duas situações, pareceram-se dois ambientes acolhedores, mas de “liberdades” distintas.

Além disso, como parte do desenvolvimento de competências em Pediatria, e tendo como paradigma a marginalização da atenção a certos conteúdos durante a graduação, o Transtorno do Espectro

Autista (TEA) foi explanado por uma neuropsicóloga. Caracterizando-se por ser um transtorno do neurodesenvolvimento, no TEA há dificuldades de interação social e interesses restritos, além de déficits comunicativo e de aprendizado. Como uma das grandes barreiras diagnósticas, as poucas evidências de traços clínicos até os 18 meses de idade figuram essa perspectiva.

Algumas curiosidades sobre esse espectro são explanadas por Klin<sup>16</sup>. De acordo com esse grande estudioso:

A consciência de que as manifestações comportamentais são heterogêneas e de que há diferentes graus de acometimento, e provavelmente múltiplos fatores etiológicos, deram origem ao termo transtornos do espectro do autismo que, [...], refere-se a várias condições distintas (autismo, síndrome de Asperger e TID-SOE), mas que, [...], refere-se a uma possível natureza dimensional que interconecta diversas condições mais do que a fronteiras claramente definidas em torno de rótulos diagnósticos. Este conceito de natureza dimensional apóia-se no fato de que o autismo e transtornos relacionados são os transtornos do desenvolvimento mais fortemente associados a fatores genéticos, e no fato de que podem ser encontradas vulnerabilidade e rigidez social em

familiares desses pacientes, mesmo que esses familiares não preencham critérios para um diagnóstico clínico. Refere-se, muitas vezes, a esses familiares como portadores do “fenótipo mais amplo de autismo”. (Klin, 2006, p.4)

Em se tratando de contato, experiência, vivência, uma escassa e importante atividade de estimulação proporcionada pelo Anita Garibaldi é a Equoterapia. O projeto “Equoterapia Potiguar”, de abordagem multiprofissional e interdisciplinar, congrega um método terapêutico de atenção aos pacientes infantis com Transtorno do Espectro Autista. Com isso, o Serviço Multidisciplinar de Atenção ao Espectro Autista (SEMEA), em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, impacta na maior integração social, comunicativa e sensorial, possibilitada pelo movimento tridimensional do cavalo, com uso de sela especial.

Sob a regulamentação do Conselho Federal de Medicina, em 1997, a Equoterapia faz parte do arsenal terapêutico de crianças com necessidades especiais, possibilitando reabilitações físico-motoras, psicológicas e sociais. Além disso, melhoras do equilíbrio, afetividade, autonomia e autoestima parecem ser frutos importantes dessa atividade.<sup>17</sup>

No tocante à continuação da semana, e tendo em vista a necessidade para o despertar à atenção da perda auditiva, um dos períodos

vespertinos das atividades destinou-se a um entendimento acerca de perdas auditivas, com um médico otorrinolaringologista do serviço. Expondo as necessidades de triagem auditiva inicial para diagnóstico precoce de surdez (e de outros distúrbios auditivos) desde o nascimento, Vygotsky (1993) apud Silva, Pereira e Zanolli<sup>18</sup>, sugere o grau de importância dessa rotina, bem como o impacto real do referenciamento para confirmação diagnóstica, em casos suspeitos de alterações. Tal fato foi memorado pelo médico. Em adição, provas auditivas, como as audiometrias e suas importâncias, revisão da anatomofisiologia da audição e, finalmente, as vias terapêuticas da surdez também fizeram parte desse olhar.

Embora curta, a inserção dessa especialidade médica é salutar e de imponente construção de um maior contato para uma boa formação, sob a égide de problemas comuns desse campo e que são despercebidos por muitos médicos. Consoante Martins<sup>19</sup>,

Quando ensinamos semiologia e fisiologia otorrinolaringológica na graduação, junto às grandes áreas médicas, podemos mostrar aos alunos as reais dimensões da nossa especialidade e a extensão do nosso campo de trabalho, aspectos estes desconhecidos, até então, pela grande maioria deles. Além disso, o aluno passa a perceber, logo cedo, a

importância do enfoque multidisciplinar e da tão almejada programação básico-aplicada. Os alunos não se interessam pelo que não conhecem. Após alguns anos inseridos nos cursos de Semiologia e de Fisiologia médica, pudemos constatar um interesse maior por parte deles em eventos da especialidade, nas atividades práticas, nos concursos de residência médica e em pesquisas clínicas com temas otorrinolaringológicos. Um comentário frequente dos alunos é que não imaginavam como o campo de atuação da Otorrinolaringologia é abrangente. (Martins, 2006, p.578)

Portanto, da prevenção materno-infantil, com pré-natal de alto risco e prevenção de infecções congênitas, como sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus e HIV, aos atendimentos de crescimento e desenvolvimento especializados e de infectologia pediátrica, a promoção de saúde não se dá apenas na esfera científico-biológica. Assim, há notáveis competências e habilidades em aquisição, diante da assistência à saúde potiguar, corroboradas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais nos cursos de graduação na área da saúde: trabalho em equipe, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, assim como educação em saúde.

Quarta Semana - Manutenção da saúde no idoso

No retorno aos atendimentos, integração à Equipe e Equipamentos de Saúde e visitas domiciliares da UBS, uma grande quantidade de idosos, com frequentes problemas de saúde, foi verificada. Diante disso, é relevante entender como se deve dar a abordagem do idoso na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Silvestre e Neto<sup>20</sup> afirmam que “os cuidados para uma pessoa idosa devem visar à manutenção de seu estado de saúde, com uma expectativa de vida ativa máxima possível, junto aos seus familiares e à comunidade, com independência funcional e autonomia máximas possíveis”. Analisando essa conjuntura, é fato que é urgente uma melhor atenção a esse público alvo, tendo em vista a progressão ascendente da população geriátrica no país.<sup>20</sup>

Para se discutir acerca de promoção de saúde na terceira idade, tão necessária para a ruptura de padrões patológicos constantemente presentes na faixa etária senil, dois fatores importantes traduzem a falha nesse processo: um sistema de atenção à saúde desestruturado e falta de profissionais com formação na ampla dimensão biopsicossocial que figura os pacientes em questão.<sup>21</sup> É nítida, nas experiências adquiridas na formação em campo, uma situação de proporcionalidade inversa: embora haja uma grande quantidade de idosos nos atendimentos médicos, uma consulta

ampliada, e em consonância às peculiaridades geriátricas, parece inexistir.

Frequentemente, aparecem no consultório, ou mesmo durante as visitas domiciliares, pacientes apresentando quadros de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica descompensados. Doenças crônicas de relativo simples controle, que expõem a fragilidade do sistema de saúde em ser eficaz na prevenção de doenças e agravos. Infelizmente, quadros de neuropatia diabética e de perda da capacidade funcional pela baixa qualidade de vida de grande parte dos idosos configuram dia a dia dos profissionais de saúde, seja na ESF, ou nos ambulatórios, enfermarias e terapia intensiva. Pimenta, Pinho, Silveira e Botelho<sup>22</sup> decifram parte desse processo, significando que,

Atualmente, processos agudos de doenças que se resolvem com certa rapidez, pela cura ou óbito, têm dado lugar a processos crônicos e suas complicações, que requerem décadas de utilização dos serviços de saúde para tratamento, com intervenções custosas que envolvem tecnologia complexa para um cuidado adequado aos idosos. (Pimenta, Pinho, Silveira e Botelho, 2015, p. 2497)

Sob novas análises e ressignificações, o idoso enfermo e com múltiplas comorbidades, tido como um caso atípico de apresentação, também enriquece, e demasiadamente, a

formação médica, valorizando as potencialidades da Atenção Primária. Por exemplo, a apresentação à equipe de saúde de um idoso com uma queixa principal de dor e dificuldade para deambular em uma das pernas. No desenrolar de toda a história clínica, a lista de problemas era ampla e curiosamente indeletável: um edema de membro inferior com uma erisipela na maior parte desse segmento do esqueleto apendicular, uma hérnia umbilical causada após uma colecistectomia por laparotomia aberta, zumbido em orelha direita, máculas hemorrágicas em palatos e candidíase oral, hepatoesplenomegalia não esclarecida (apesar de consulta prévia com hematologista), bem como um histórico de alcoolismo e tabagismo. Dessa forma, um compêndio de Clínica Médica em potencial.

Na intenção do que é necessário para manter a saúde na terceira idade, sob as óticas da Geriatria e da Medicina de Família e Comunidade, um modelo de caso clínico para ilustrar um processo de discussão de senescência é descrito a seguir.

Um homem branco de 75 anos vem para um *check-up* de manutenção de saúde. O paciente tem hipertensão estável, mas não consulta nenhum médico há mais de dois anos. Nega qualquer problema específico. Mora sozinho. Toma um comprimido de ácido acetilsalicílico por dia e um

fármaco para a pressão arterial (hidroclorotiazida). Seu filho teme que seu pai esteja tendo um AVE ou desenvolvendo a doença de Alzheimer, pois vem apresentando problemas de discriminação de fala e de compreensão do que os familiares dizem durante eventos sociais. O filho não relata nenhuma fraqueza perceptível ou problema de marcha. Ao exame físico, a pressão arterial do paciente é 130/80 mmHg. O exame das orelhas não mostra cerume impactado, e as membranas timpânicas são normais. Seu exame geral é normal. Estudos laboratoriais, incluindo hormônio tireoestimulante (TSH), são normais. (Toy, Briscoe e Britton, 2013, p.169)<sup>23</sup>

Analisando esse paciente potencial, entende-se que a anamnese e exame físico tradicionais não constituem a ferramenta única ideal de avaliação do idoso. Sendo assim, a utilização da Avaliação Geriátrica Ampla como fundamento para determinação da autonomia e independência expressam melhor a constituição do idoso em amplas conjunturas e valores da sua vida. Testes funcionais, como as atividades da vida diária, avaliação de possíveis demência, depressão e *delirium*, marcha, equilíbrio, incontinências, iatrogenias e polifarmácia, fragilidade, instabilidades, imobilidade, além de problemas nutricionais e familiares, ampliam a perspectiva de uma

eficiente avaliação clínica.<sup>24</sup> Aditivamente, imunizações, prevenções de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e de osteoporose, assim como rastreios visual e auditivo, potencializam a manutenção da saúde.

### **Conclusão**

Para compreender o impacto da inserção de estudantes de Medicina no SUS através de módulos semestrais do currículo acadêmico, é preciso vivenciar as dificuldades, impactos das gestões e as resolutividades, que fazem com que a atenção à saúde, nos níveis primário, secundário e terciário, tenha papel norteador do processo saúde-doença.

Seguramente, a utilização do portfólio reflexivo como ferramenta de avaliação e mensuração das competências, habilidades e atitudes, de forma pessoal e auto-avaliativa, constrói (e desconstrói) aspectos iminentemente práticos do processo de exercício da Medicina, sob a égide dos mais diversos ambientes reais e situações em saúde.

Nesse aspecto, a experiência de envolvimento do acadêmico com realidade da saúde pública do estado potiguar revela um aprofundamento no entendimento do processo de integração, referenciamento e fluxo da rede, além de uma educação continuada em saúde e experiência de casos clínicos fundamentais para a formação. O processo in loco da externalização e/ou transfiguração do ambiente da academia à prática clínica ressignifica um

valioso empoderamento do eixo da Medicina em suas cinco áreas fundamentais: a Medicina Interna, a Cirurgia, a Pediatria, a Ginecologia/Obstetrícia e a Medicina de Família/Saúde Coletiva.

De forma estruturante, é possível analisar que a experiência de uma forma de internato longitudinal contribui para uma visão realística e formativa a longo prazo, ao lidar, sequencialmente, com problemas comuns. Por consequência, desafios precisam ser colocados à educação médica contemporânea, rompendo, assim, estigmas de uma formação rígida e única.

### **Referências**

1. Nogueira MI. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Rev Bras Educ Med.* 2009; 33(2):262-70.
2. Demarzo MMP, Fontanella BJB, Melo DG, Avó LRS, Kishi RGB; Mattos ATR et al. Internato longitudinal. *Rev Bras Educ Med.* 2010; 34(3):430-37.
3. Silva CJV, Ferraz AO, Botelho NM. O portfólio como instrumento de autoavaliação crítico reflexiva na perspectiva dos alunos de um curso de medicina. *Interdisciplinary Journal of Health Education.* 2016;1(1):23-31.
4. Makabe MLF, Maia JA. Reflexão discente sobre a futura prática médica através da integração coma Equipe de Saúde da Família

na graduação. Rev Bras Educ Med. 2014;38(1):127-32.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. AprenderSUS: o SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde. Brasília: 2004.

6. Azevedo BMS. O ensino da gestão no curso de graduação de medicina da FCM/UNICAMP: possíveis encontros entre universidade e serviços de saúde. Campinas. Dissertação [Mestrado em Política, Planejamento e Gestão] – Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2012.

7. Abreu KCS. A importância da visita domiciliar a pacientes hipertensos. Lagoa Santa. Monografia [Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família] – Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.

8. Coelho PAB, Coelho PB, Carvalho NC, Duncan MS. Diagnóstico e manejo do herpes-zóster pelo médico de família e comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(32):279-285.

9. Pazin-Filho A, Frezza G, Matsuno AK, Alcântara ST, Cassiolato S, Bitar JPS et al. Princípios de prescrição médica hospitalar para estudantes de medicina. Medicina (Ribeirão Preto. Online) [periódicos na Internet]. 2013[acesso em 08 mai 2017];46(2):183-94. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/62319/65125>

10. Magalhães GL. Inserção do grupo de HIPERDIA na unidade básica de saúde Novo Amazonas. Belo Horizonte. Monografia [Especialização em Saúde da Família] – Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.

11. Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania/Biblioteca Virtual em Saúde [homepage na internet]. O modelo de atenção à saúde se fundamenta em três pilares: rede, regionalização e hierarquização [acesso em 07 mai 2017]. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/15/o-modelo-de-atencao-a-saude-se-fundamenta-em-tres-pilares-rede-regionalizacao-e-hierarquizacao/>

12. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. Rev. Latino-Am. Enfermagem. jan.-fev. 2013;21(Spec):[08 telas].

13. D'Abreu LCF. O desafio do diagnóstico psiquiátrico na criança. Contextos Clínicos. Jul 2012;5(1):2-9.

14. Wanderley TC, Cavalcanti AL, Santos S. Práticas de Saúde na atenção primária e uso de psicotrópicos: uma revisão sistemática da literatura. Rev. Ciênc. Méd. Biol. jan./abr. 2013;12(1):121-126.

15. Souza FHO, Brito LMT. Acolhimento institucional de crianças e adolescentes em Aracaju. Psic. Clin. 2015;27(1):41-57.

16. Klin A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(Supl I):S3-11. Disponível em: [https://teste.proec.ufg.br/revista\\_ufg/idoso/ag a.html](https://teste.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/ag a.html)
17. Souza MB, Silva PLN. Equoterapia no tratamento do transtorno do espectro autista: a percepção dos técnicos. *Ciênc. Conhecimento.* 2015;9(1):4-22.
18. Silva ABP, Pereira MCC, Zanolli ML. Surdez: da suspeita ao encaminhamento. *Rev Paul Pediatr.* 2012;30(2):257-62.
19. Martins RHG. A inserção da otorrinolaringologia no curso de graduação em medicina. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2006;72(5):578.
20. Silvestre JA, Neto MMC. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad. Saúde Pública.* mai-jun. 2003;19(3):839-847.
21. Cruvinel TAC. Promoção da saúde e qualidade de vida nos idosos na Saúde da Família. Uberaba. Monografia [Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família] – Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
22. Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Botelho ACC. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2015;20(8):2489-2498.
23. Toy EC, Briscoe D, Britton B. Casos clínicos em medicina de família e comunidade. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
24. Costa EFA, Monego ET. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). *Rev UFG [periódicos na Internet].* 2003 [acesso em 08