



USO DE METODOLOGIAS ATIVAS NO INTERNATO DE SAÚDE COLETIVA DA UFRN

RESUMO

Introdução: O Internato em Saúde Coletiva (ISC) compreende um momento em que os alunos têm a oportunidade de sair do âmbito hospitalar onde ocorre a maior parte das atividades práticas durante a graduação, assim como permite a consolidação dos conhecimentos teóricos vistos em aula. Esse artigo tem como objetivo relatar a experiência do ISC e, ao descrevê-lo, refletir sobre a forma como ele está estruturado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. **Metodologia:** O internato é estruturado em 07 semanas ocorrendo no cenário de prática de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Está organizado em vivências que permitam ao estudante percorrer o processo da problematização utilizado

no ensino por meio de metodologias ativas.

Discussão: Essas vivências envolvem atividade de territorialização, levantamento de dados sócioepidemiológicos, Sala de Apoio à Gestão Estratégica, boletim epidemiológico, visita domiciliar, classificação de risco familiar, roda de cogestão e a execução de um projeto de intervenção. **Conclusão:** Desses momentos, resulta retornos tanto para a UBS e sua população quanto para os estudantes estabelecendo-se uma relação de aprendizado e benefício mútuo.

Palavras-chaves: Internato e Residência; Ensino; Atenção Primária à Saúde

INTRODUÇÃO

O Internato Médico foi instituído nos cursos de graduação como um período obrigatório de ensino prático no qual, sob a orientação de um docente, o estudante deve ter um treinamento intensivo em instituições de saúde vinculadas ou não a escola médica (BRASIL, 1984). Conforme preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCNs), dentre as áreas necessariamente incluídas nesse internato está a Saúde Coletiva (BRASIL, 2014).

Porém, a maioria das escolas médicas brasileiras ainda permanece com o ensino focado no ambiente hospitalar e no atendimento de especialistas dificultando a construção de uma perspectiva voltada para a saúde integral do paciente e a formação de um médico generalista como estabelecido pelas DCNs (BRASIL, 2014; CARDOSO, 2008).

Buscando atingir essa meta, o Internato de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) tem como cenário de prática Unidades Básicas de Saúde (UBS) que permitem ao aluno maior atuação no âmbito da atenção primária ao inserir-se na rotina diária da UBS.

Visando adequar-se ao estímulo do estudante em “aprender a aprender, é preciso substituir o antigo processo de ensino-aprendizagem, em que o docente muitas vezes desempenha um papel de propagador de conteúdos e o discente uma atitude passiva de recepção de conhecimentos, pelo uso de metodologias ativas de ensino (MITRE, 2008).

O uso dessas metodologias busca tornar o estudante um sujeito ativo dando-o autonomia para conduzir seu aprendizado ao entender que o processo de ensino-aprendizagem possui um caráter dinâmico. Dentro dessa perspectiva, é necessária também uma nova atuação do professor buscando estimular essa autonomia no aluno, assim como realizar atividades avaliativas que tenham caráter formativo e de *feedback* (SOBRAL; CAMPOS, 2012).

Nesse contexto, o ISC da UFRN utiliza as metodologias ativas por meio da problematização estimulando no interno a participação como um agente transformador social e desenvolvendo um espírito crítico reflexivo. Ao utilizar essa abordagem, o ISC se constrói de forma a fazer com que o aluno passe pelas várias etapas do processo de problematização.

A primeira etapa é a observação da realidade feita atentamente pelo estudante e podendo o professor auxiliar com questões que ajudem a focalizar o tema escolhido. Com essa observação, os alunos identificam as dificuldades presentes e, então, podem transformá-las em problemas.

Na etapa seguinte, pontos-chave, os estudantes refletem inicialmente sobre os possíveis motivos que justificam a existência dos problemas identificados.

A terceira etapa envolve a teorização do problema devendo todas as informações encontradas serem avaliadas sobre a sua importância para a resolução do problema. Nessa etapa, o professor desempenha um papel importante ao estimular o aluno para uma participação ativa na busca das informações necessárias.

Uma vez definido o problema, identificado seus principais aspectos e obtido o embasamento teórico necessário, o aluno consegue progredir para a próxima etapa formulando hipóteses de solução para o problema em estudo. Essas hipóteses devem ser sugeridas a partir da reflexão sobre as etapas anteriores e analisando-se sua aplicabilidade à realidade.

Por fim, o estudante chega à última etapa, a aplicação à realidade, executando as soluções propostas mais viáveis. Com isso, o aluno exercita a prática de tomadas de decisões, assim como percebe a possibilidade de generalização das ações realizadas em situações diferentes da vivenciada.

Diante do exposto, este artigo tem como objetivo relatar a experiência do ISC e, ao descrevê-lo, refletir sobre a forma como ele está estruturado na UFRN.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa na modalidade de relato de experiência. O Internato em Saúde Coletiva (ISC), vivenciado pelos autores deste artigo, ocorreu no período letivo 2014.1 nos meses de março a abril na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Golandim em São Gonçalo do Amarante (RN).

O ISC é dividido em várias vivências que abordam tanto temas relacionados as etapas da problematização quanto outros temas pertinentes à Saúde Coletiva. Em cada semana, é reservado um turno de um dia para a apresentação das vivências de cada grupo de internos em formato de roda de discussão com a presença dos estudantes, preceptores da UBS, tutores da universidade e representantes da gestão dos municípios em que estão localizadas as UBS. Após essa apresentação, é realizada uma aula em que é dada a fundamentação teórica para a vivência seguinte.

As primeiras vivências estão ligadas a conhecer o contexto em que a UBS está inserida, englobando as atividades de acolhimento e diálogo com os pacientes e a territorialização da área adstrita com os agentes comunitários de saúde (ACS) compreendendo a primeira etapa da problematização.

Após reconhecer os aspectos físicos, os estudantes analisam as características socio-epidemiológicas da população adscrita por meio do levantamento de dados presentes na UBS, assim como de informações fornecidas durante visita ao setor de vigilância epidemiológica do município.

A partir desses dados e informações, torna-se possível a realização das próximas vivências que compreendem a construção de uma Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), assim como a elaboração de um boletim informativo e ilustrativo sobre a principal patologia que acometeu a população no período analisado.

Em seguida, é realizada uma classificação de risco das famílias adscritas aplicando a Escala de Coelho e Savassi. As famílias com maiores escores são escolhidas para as visitas domiciliares, assim como para a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular juntamente com os outros profissionais da UBS (enfermeira, assistente social, psicólogo, entre outros).

Após essas vivências, é realizada uma Roda de Cogestão com o método Paideia envolvendo os usuários da UBS, funcionários, representantes da gestão municipal e os estudantes. Juntamente com o processo de territorialização e o levantamento dos indicadores epidemiológicos, a Roda de Cogestão permite realizar a etapa de pontos-chaves da problematização que associado à teorização vista durante as aulas teóricas possibilitam a formulação de hipóteses para as principais dificuldades vistas pelos alunos.

Por fim, a última vivência compreende a realização de uma intervenção que atue sobre o principal problema identificado pelos estudantes contemplando a última etapa da problematização: aplicação à realidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realização do Internato em Saúde Coletiva numa Unidade Básica de Saúde permite aos estudantes praticarem atividades com menor predominância no hospital universitário como a promoção da saúde e a participação no planejamento e avaliação dos projetos do Sistema Único de Saúde (SUS) como estabelecido pelas DCNs (BRASIL, 2014).

As vivências que constituem o ISC da Universidade Federal do Rio Grande do Norte englobam os principais conceitos da Saúde Coletiva com o diferencial de abordá-los por meio de metodologias ativas que dão mais autonomia ao estudante (MITRE, 2008).

A realização do processo de territorialização, por exemplo, representa uma importante ferramenta de organização do trabalho e das práticas de saúde, sendo um dos pressupostos básicos do trabalho da Estratégia de Saúde da Família (ESF), visto que as ações de saúde são realizadas sobre um esboço territorial com delimitação espacial determinada (SANTO; RIGOTTO, 2010). A área demarcada por essa ferramenta apresenta, além de uma delimitação espacial, um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que a caracteriza como um território em permanente construção (GADELHA, 2011).

No entanto, a operacionalização do território pelas equipes multiprofissionais, no qual o médico está inserido, é abordada com certa deficiência, não só no processo de trabalho, mas também na formação dos acadêmicos de medicina, de modo que o conceito de espaço, que se volta para a dimensão gerencial dos serviços de saúde, não adquire todo o seu potencial na identificação de questões de saúde e das correspondentes iniciativas de intervenção concreta na realidade das comunidades (GADELHA, 2011).

Essa vivência além de permitir a observação da realidade local pelo interno também resulta na construção de um mapa inteligente

do território da UBS o qual fica exposto nas suas dependências.

O levantamento dos indicadores de saúde da comunidade também contribui para ampliar essa observação. Desse processo, resulta a construção de uma Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) para a UBS que também fica exposta para seus usuários.

Conforme estabelecido pela portaria que a instituiu, a SAGE visa “obter e sistematizar dados e informações produzidas pelos órgãos do Ministério da Saúde e entidades a ele vinculadas e por outras instituições de saúde, com vistas a contribuir para o processo decisório e para o acompanhamento das políticas públicas de saúde” (BRASIL, 2012, p.1).

Entretanto, durante esse momento do internato percebemos que a obtenção dos dados epidemiológicos nem sempre são confiáveis e, por vezes, são insuficientes para proporcionar informações fidedignas da situação de saúde de uma determinada área adscrita. O processo de reunir informações, analisá-las, caracterizar problemas e propor possíveis soluções somente tem sentido se vinculado à intervenção social e se o dirigente possuir governabilidade para intervir, algo que ainda está longe de ser alcançado de maneira plena (GADELHA, 2011).

Além da construção da SAGE, essa vivência também traz para a UBS a criação e divulgação de um boletim informativo sobre a principal patologia que acometeu a comunidade durante o período do internato. A comorbidade abordada pelo grupo dos autores deste artigo foi a varicela em virtude de seu alto potencial de transmissão e de sua alta gravidade quando adquirida durante a gravidez (MS, 2004).

Do ISC também resulta a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares para as famílias de maior vulnerabilidade social de acordo com a Escala de Coelho e Savassi. Essa escala contempla tanto aspectos relacionados à gravidade de patologias quanto aspectos sociais e sanitários das famílias analisadas.

Seu preenchimento dá-se a partir da ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) utilizada no cadastro familiar pelo ACS (NASCIMENTO, 2010).

A aplicação dessa escala na estratificação das famílias adscritas é importante também como forma de direcionar as visitas domiciliares, uma vez que frequentemente as famílias visitadas são escolhidas com base apenas na gravidade da doença atual, deixando de lado outros determinantes do processo saúde-doença (MENEZES, 2012; COELHO; SAVASSI, 2004).

Na UBS em que os autores estavam inseridos, houve a aplicação da Escala de Coelho; das quais, 214 famílias adscritas resultou em 94 famílias de Risco 1 (escore 5 ou 6), 38 de Risco 2 (escore 7 ou 8) e 8 de Risco 3 (escore maior que 9). Todas as famílias classificadas como Risco 3 foram visitadas pelos estudantes escolhendo-se uma para a realização de Plano Terapêutico Familiar.

A vivência da Roda de Cogestão está inserida na etapa de pontos-chaves da metodologia de problematização. Essa roda é conduzida por meio do Método Paideia que sugere fazer Saúde Coletiva com as pessoas e não apenas sobre elas, aumentando a capacidade de análise e de intervenção desses agrupamentos humanos. Melhorando também a capacidade de reconhecer situações de risco, identificar determinantes, e ampliar as possibilidades de intervenção (CUNHA; CAMPOS, 2010).

Na Roda de Cogestão, profissionais, gestores e usuários participam, expondo suas impressões sobre a comunidade e sugerindo temas a serem abordados. Esse momento da roda é único para quem participa, pois coloca em igualdade usuários, profissionais e gestores, comunicando-se de forma eficaz sobre os problemas da comunidade. É um momento em que o SUS mais brilha, com a aplicação prática do seu princípio de Controle Social. Nesse momento, todos os temas levantados são escutados e discutidos escolhendo-se um deles para direcionar o projeto de intervenção do grupo de estudantes.

Na Roda de Cogestão da experiência relatada, foram levantados os temas de más condições sanitárias, insegurança, falta de estímulo a educação médica continuada, falta de comunicação entre os profissionais de UBS do mesmo município, número insuficiente de ACS, poucas atividades de rastreamento pela UBS.

Diante dos problemas discutidos, os autores escolheram intervir no estímulo ao rastreamento do câncer de mama uma vez que no Brasil essa é a neoplasia mais incidente no sexo feminino, excetuando-se os tumores de pele não-melanoma, assim como se estima um aumento tanto de sua incidência quanto de sua mortalidade (BRASIL, 2010).

Conforme o art. 1º da Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, o SUS deve assegurar ações relativas à prevenção, detecção, tratamento e controle do câncer de mama. Em consonância com o art. 2º, inciso III, da Lei nº 11.664, o SUS também deve assegurar a realização de exame mamográfico a todas as mulheres a partir dos 40 (quarenta) anos de idade (BRASIL, 2008).

Entretanto, esse rastreamento ainda é ineficaz uma vez que não tem uma abrangência satisfatória. Dessa forma, é necessário investimento na conscientização da população por meio de estruturas como a Estratégia de Saúde da Família (TIEZZI, 2013). Marchi e Gurgel, também concluíram haver uma baixa adesão ao rastreamento mamográfico tanto nos serviços públicos quanto nos serviços privados devido ao caráter oportunístico ainda presente no rastreamento do câncer mamário (MARCHI; GURGEL, 2010).

A intervenção teve início com uma conversa interativa entre funcionários da UBS, estudantes e pacientes, auxiliada por meio de um banner ilustrativo. Nesse diálogo foi explicado como o câncer se forma, sua epidemiologia, quais os principais fatores de risco e destacou-se a importância na sua identificação em estágios iniciais e, por isso, a necessidade de adesão ao rastreamento.

Em seguida, foi realizada a consulta das pacientes sendo feita uma anamnese em busca de fatores de risco para câncer de mama (conforme preconizado pelo Caderno de atenção básica de controle dos cânceres do colo do útero e da mama), o exame clínico das mamas (compreendendo a inspeção estática, a inspeção dinâmica, a palpação das mamas e das cadeias ganglionares axilares e supraclaviculares), solicitação de mamografias conforme indicação médica e agendamento de retorno para um cuidado continuado.

A realização dessa intervenção também estimulou nos profissionais da UBS a execução de

outras atividades desse âmbito, decidindo por reservar um dia no mês para dar seguimento a intervenção, assim como para acompanhar as pacientes atendidas anteriormente.

Ao concluir essas vivências, o aluno tem a oportunidade de percorrer por todas as etapas do processo de problematização enxergando-se como um sujeito ativo e autônomo. Por meio da observação da realidade e da busca por soluções para os problemas encontrados, o estudante percebe sua capacidade de transformar a realidade por meio de suas próprias ações, ao mesmo tempo, em que também se transforma, tornando-se um processo ininterrupto.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, temos que a utilização de metodologias ativas na condução do internato é imprescindível, pois prioriza a autonomia do estudante, além de desenvolver sua capacidade de aprender a aprender como mencionado nas DCNs.

Temos também que o método de problematização é adequado uma vez que resulta em benefícios tanto para usuários da UBS quanto

para os estudantes, estabelecendo-se uma relação de troca e benefício mútuo.

Além disso, um internato em saúde coletiva é imprescindível para toda graduação por ser um dos poucos momentos durante o curso em que o aluno tem a oportunidade de se inserir na atenção básica e conhecer mais de perto a realidade geográfica, econômica e social em que os pacientes estão inseridos.

USE OF ACTIVE METHODOLOGY IN INTERNSHIP IN PUBLIC HEALTH IN UFRN

ABSTRACT

Introduction: The Internship in Public Health (IPH) consists of a moment in which students have the opportunity of leaving hospital wards, where most part of the practical activities happen during graduation, as well as permits the consolidation of theoretical knowledge seen in class. This article's objective is to report the experience of the IPH and, by describing it, consider how it's structured in Universidade Federal do Rio Grande do Norte. **Method:** The internship is structured in 7 weeks, occurring in the scenario of a Basic Health Unit (BHU). It's organized in experiences that allow the student to go through

the process of problematization used in active methodology based teaching. **Discussion:** These experiences involve activities of territorialization, socioepidemiological data survey, strategic management support room, comanagement wheel and the execution of an intervention project. **Conclusion:** Of these moments, there is gain to the BHU, population and students, stablishing a relationship of learning and mutual benefit.

Keywords: Internship and Residency; Teaching; Primary Health Care.

EL USO DE METODOLOGIAS ACTIVAS EN EL ESCENARIO DE SALUD PÚBLICA DE LA UFRN

RESUMEN

Introducción: La Práctica en Salud Pública (PSP) comprende un momento en que los estudiantes tienen la oportunidad de salir del entorno hospitalario, donde la mayor parte del trabajo práctico se lleva a cabo durante la graduación, además de permitir la consolidación de los conocimientos teóricos de la clase. Este documento tiene por objeto informar de la experiencia de la PSP y describirlo, reflexionar sobre la forma en que se estructura de la Universidade Federal do Rio Grande do Norte. **Metodología:** El periodo de prácticas se estructura en 07 semanas de prácticas que ocurren en un escenario de la Unidad Básica de Salud (UBS). Está organizado en las experiencias que permiten que el estudiante pase por el proceso

de interrogatorio utilizados en la enseñanza a través de metodologías activas. **Discusión:** Estas experiencias implican actividad territorial, el levantamiento de data room socioepidemiológica de Apoyo Estratégico de Gestión, boletín epidemiológico, las visitas a domicilio, la calificación de riesgo de la familia de la rueda de co-manejo y ejecución de un proyecto de intervención. **Conclusión:** A partir de estos momentos, devuelve resultados tanto para UBS y su población como para los estudiantes mediante el establecimiento de una relación de beneficio mutuo y el aprendizaje.

Palabras clave: Internado y Residencia; Enseñanza; Atención Primaria de Salud.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Estimativas 2010**: incidência de câncer no Brasil. Brasília, DF: INCA, 2010.

BRASIL. Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. **Manual do internato**. Brasília, DF: MEC, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso/Ministério da Saúde. Brasília, DF: DEVEP/SVS/MS, 2004.

BRASIL. Portaria nº 406, de 8 de março de 2012. Institui a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) e redefine o fluxo para a gestão das informações estratégicas no âmbito do Ministério da Saúde e entidades a providências ele vinculadas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 mar. 2012.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº 116/2014, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 jun. 2014.

CARDOSO, Geraldo de Assis; GUIDORENI, Ângela Schachter; CARDOSO, Márcia Dorcelina. Integração Ensino Serviço: O Internato em Saúde Coletiva do Curso de Medicina da UniFOA inserido na Rede de Atenção Básica do SUS Volta Redonda/RJ Volta Redonda. **Caderno UniFOA**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, jun. 2008.

COELHO, Flávio Lúcio; SAVASSI, Leonardo Cançado. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Flávio Lúcio G Coelho, Leonardo Cançado Monteiro Savassi. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n 2, mar. 2004.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Org & Demo**, v. 11, n.1, jan. 2010.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, jun. 2011.

MARCHI, Ailton Augustinho; GURGEL, Maria Salete Costa. Adesão ao rastreamento mamográfico oportunístico em serviços de saúde públicos e privados. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, apr. 2010.

MENEZES, Adriana Henriques Ribeiro et al. Classificação do risco familiar segundo escala de Coelho e Savassi – um relato de experiência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Curitiba, v. 11, n. 1, jan. 2012.

MITRE, Sandra Minardi et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, dez. 2008.

NASCIMENTO, Fernanda Gomes do et al. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, nov. 2010.

SOBRAL, Fernanda Ribeiro; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2012.

TIEZZI, Daniel Guimarães. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: ainda há tempo para refletirmos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 9, set. 2013.



Extensão &
Sociedade &