

CONHECIMENTO E VIVÊNCIAS NO SUS POR ACADÊMICOS DE MEDICINA DURANTE A DISCIPLINA GESTÃO EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

KNOWLEDGE AND LIVING IN THE SUS BY ACADEMICS OF MEDICINE DURING THE HEALTH MANAGEMENT DISCIPLINE: EXPERIENCE REPORT

Antônia Iracilda e Silva Viana **1**
Maricélia Tavares Borges Oliveira **2**
Jaciane Ramos de Sousa **3**
Guiomar Correia Teodósio de Lima **4**

Resumo: Objetivou-se descrever a experiência de acadêmicos do curso de Medicina participantes das atividades da disciplina Gestão em Saúde, como proposta de reorientação curricular, baseada no processo de trabalho que envolve o cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS). Utilizou-se do método Relato de Experiência de acadêmicos de Medicina, durante a disciplina Gestão em Saúde, na Universidade Federal do Maranhão, em Imperatriz, de fevereiro a dezembro de 2018. Estudo descritivo, com uso de técnicas de observação - participante e rodas de conversa. Os resultados demonstraram mudança positiva sobre a compreensão do SUS e que o conhecimento adquirido poderia ser utilizado pelos profissionais participantes para facilitar o acesso do usuário ao serviço de saúde e que há desconhecimento generalizado de graduandos sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Observou-se que a disciplina tem caráter inovador, propositivo, capaz de promover articulação integrada entre ensino e aprendizagem nas Redes de Atenção à Saúde.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Educação Médica; Sistema Único de Saúde; Serviços de Saúde.

Abstract: This study aimed to describe the experience of medical students participating in the Health Management discipline activities, as a proposal for curricular reorientation, based on the work process that involves the daily life of the Unified Health System (SUS). It was used the method Report of Experience of medical students, during the course Health Management, at the Federal University of Maranhão, in Imperatriz, from February to December 2018. Descriptive study, using observation techniques - participant and training wheels. conversation. The results showed a positive change in the understanding of SUS and that the knowledge acquired could be used by the participating professionals to facilitate the user's access to the health service and that there is widespread ignorance of undergraduates about the functioning of the Unified Health System. that the discipline is innovative, purposeful, capable of promoting integrated articulation between teaching and learning in Health Care Networks.

Keyword: health management; medical education; Health Unic System; health services.

Doutorando em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão. **1**
Lattes: <https://lattes.cnpq.br/9011900299470715>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2070-035X>, E-mail: anttonia.iracilda@gmail.com

Mestranda em Ensino em Ciências e Saúde, Universidade Federal do Tocantins. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5990845672511589>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6532-1487>, E-mail: mariceliatbo@gmail.com **2**

Especialista em Gestão Pedagógica. Escola de Saúde Pública do Maranhão. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1923229537641442>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1431-5084>, E-mail: jacyane.espma@gmail.com **3**

Especialista em Gestão Pública. Unidade Gestora Regional de Saúde de Imperatriz – MA. Lattes: <http://Lattes.cnpq.br/1045908335727855>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1070-5122>, E-mail: guiomarteodosio@Yahoo.com.br **4**

Introdução

Propostas inovadoras têm sido apontadas para formação e capacitação de profissionais da saúde orientados para transformação de processos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) que se encontram centrados na fragmentação do cuidado (MARIN et al., 2010).

Desse modo, a partir do ano 2000, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) vêm incentivando mudanças no Brasil, nas instituições formadoras dos cursos da área da saúde, através da implementação de práticas pedagógicas, na tentativa de se aproximar da realidade social. Com isso, ações foram desenvolvidas, como o Programa Aprender SUS e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégias do SUS (XAVIER et al., 2014).

Em 2001, com a aprovação das DCN para os cursos de graduação em Medicina, houve a necessidade de mudança que aproximasse o profissional de saúde às ações desenvolvidas no Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com as exigências de saúde da população.

A Resolução nº 03/2014, do Conselho Nacional de Educação, que implementa as DCN 2014 do curso de Medicina, define que a formação médica contemplará três eixos norteadores nos projetos pedagógicos que consistem nas áreas de atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde (BRASIL, 2014).

As DCN 2014 reforçam o papel da Atenção Básica na atenção à saúde e da Educação Permanente no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Para que haja formação desse novo profissional médico para atuar no SUS, torna-se necessário que as estratégias de ensino se fundamentem na concepção crítico reflexiva e que o aluno assuma o papel de protagonista, a fim de que possa intervir sobre os problemas de determinada realidade (BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva, surgem as metodologias ativas de ensino- aprendizagem, formas de ensino que utilizam experiências reais ou simuladas, visando estimular a solução de desafios, em diferentes contextos, e que proporcionam a formação de um indivíduo ativo, crítico, reflexivo e ético, por meio da aprendizagem significativa (MARQUES, 2018). A aproximação de instituições de ensino e rede de saúde se constitui em espaço importante para formação em saúde e consolidação do Sistema Único de Saúde (ALBUQUERQUE et al., 2008). Além disso, também possibilita ao estudante conhecer as fragilidades do sistema desde a parte de organização, fluxo, lacunas assistenciais, até as atividades de prática clínica.

Júnior & Nakamara (2018), em estudos de revisão sobre metodologias ativas na educação médica, afirmam que a aprendizagem baseada em problemas e a problematização são os métodos mais utilizados nas escolas médicas e apontam para urgência de capacitação dos docentes para implementação pedagógica nos cursos de Medicina.

Diante do contexto apresentado, o estudo objetivou descrever a experiência de acadêmicos de Medicina que participaram das atividades da disciplina Gestão em Saúde, como proposta de reorientação curricular, baseada no processo de trabalho que envolve o cotidiano no Sistema Único de Saúde, especialmente no desconhecimento sobre a Rede de Atenção à Saúde, fluxos e operacionalização do sistema.

Objetivo Geral

Descrever a experiência de acadêmicos do curso de Medicina que participaram das atividades da disciplina Gestão em Saúde, como proposta de reorientação curricular, baseada no processo de trabalho que envolve o cotidiano do SUS, especialmente no desconhecimento sobre a Rede de Atenção à Saúde, fluxos e operacionalização do sistema.

Metodologia

Descrição da disciplina

A disciplina Gestão em Saúde foi organizada como parte do ambiente de ensino denominado Laboratório de Habilidades (LH), é desenvolvida regularmente no oitavo período do curso de Medicina. Os conteúdos programáticos descritos na ementa do Projeto Pedagógico do Curso (PPC) traz temas que giram em torno do processo de trabalho no SUS, do conceito de gestão e planejamento em saúde, da Ética Médica, das Redes de Atenção à Saúde, da regionalização, do fluxo referência e contrarreferência, da regulação, dos sistemas de informação e desafios na articulação

do trabalho em rede. Foram definidos como cenários compatíveis para aplicação do conteúdo da ementa: Central de Assistência Farmacêutica (CAF), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Divisão de Vigilância Sanitária Municipal (DIVISA), Central de Regulação (CR) e Núcleo Interno de Regulação (NIR) de dois hospitais, Sistema de Produção Hospitalar e Comissão de Prontuários de uma Unidade Hospitalar. Segundo as DCN (2014), a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral, a regionalização e os fluxos de referência e contrarreferência.

Objetivos da Disciplina

Propiciar aos alunos conhecimento e inserção em cenários do cotidiano do SUS, com vistas a vivenciar o funcionamento e a dinâmica do Sistema Único de Saúde e a possibilidade de contribuir para o acesso do usuário aos serviços disponíveis na rede assistencial.

Material e Métodos

O presente artigo apresenta Relato de Experiência vivenciado com acadêmicos do oitavo período, em total de 53 alunos, do curso de Medicina, durante o desenvolvimento da disciplina Gestão em Saúde que integra a grade curricular do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, campus da cidade de Imperatriz. O oitavo período antecede o internato, que tem a duração de dois anos consecutivos, em que o aluno tem condições de aplicabilidade do conteúdo vivenciado, por estar desenvolvendo atividade prática na assistência. A experiência se caracteriza como inovação sugerida para o ensino da disciplina, pois, em geral, os alunos argumentavam que conheciam o SUS e não se mostravam motivados para o aprofundamento de mais conhecimentos em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS). A partir desta realidade, foi formulada nova proposta baseada nos problemas que acontecem no dia a dia do SUS, em relação ao processo de trabalho dos profissionais médicos, especialmente no tocante ao desconhecimento sobre Rede, fluxos, organização e, principalmente, operacionalização do sistema. Foi utilizada a técnica de Roda de Conversa e Observação participante.

Como foi desenvolvida a disciplina

Os alunos foram divididos em grupos de dez a doze componentes. O tamanho dos grupos foi estipulado em conformidade com o que foi adotado pelo curso, nos demais eixos da programação curricular da graduação. O conteúdo foi organizado e dividido em três módulos. A disciplina é semestral, com carga horária de 160 horas. Na metodologia aprendizagem baseada em problemas, o professor exerce o papel de tutor que age como mediador do processo de aprendizagem, estimulando os alunos à autonomia e construção do conhecimento (MARTINS et al., 2018). Os acadêmicos de Medicina, de acordo com a grade curricular da Universidade Federal do Maranhão, iniciam a formação a partir do primeiro período, nas Unidades Básicas de Saúde, e de acordo com cada período, gradativamente conhecem outras unidades de diferentes níveis de complexidade que compõem a rede de atenção. O conteúdo da disciplina focalizou os aspectos do processo de trabalho que é responsável por intermediar os serviços de saúde que, em geral, não são visíveis aos acadêmicos, mas que são fundamentais para garantir acesso e fluxo no atendimento em saúde. O conceito “processo de trabalho em saúde” diz respeito a uma das dimensões do cotidiano do desenvolvimento das práticas dos trabalhadores e profissionais de saúde que estão envolvidos diariamente na produção e no consumo de serviços de saúde (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

Cenários de prática

- Central de Assistência Farmacêutica - neste cenário, foram apresentados aos alunos, pelos gestores responsáveis, o ambiente, o funcionamento e os fluxos de usuários e dispensação dos medicamentos. Em seguida, foram disponibilizados, para conhecimento, e utilizados os instrumentos de dispensação e liberação de medicamentos, como Laudo de Medicamento Especializado (LME), e orientado o preenchimento adequado

e correto de responsabilidade do médico. Foi realizada simulação com base em casos que foram ilustrados. A prática ocorreu na rotina do trabalho, envolvendo gestores, trabalhadores, usuários e acadêmicos de Medicina. Os alunos fizeram questionamentos sobre as dificuldades enfrentadas e o papel do médico nesse fluxo e se poderiam de alguma forma melhorar e agilizar o acesso do usuário ao medicamento necessário para continuidade do tratamento. Em relação aos medicamentos especializados, conhecidos como de alto custo, a comunicação dos gestores foi focada, principalmente, no processo de trabalho do médico, no que se refere ao preenchimento e atendimento aos protocolos. Observou-se que havia, frequentemente, erros nos preenchimentos dos laudos, e quando o médico era chamado a fazer a correção, em geral, para emitir novo laudo, por não ser aceito laudo com rasura, a maioria oferecia resistência, alegando pouca disponibilidade de tempo e desvio de função. Casos como esses faziam com que o processo ficasse retido, até que o médico fizesse a correção, acarretando atraso e, muitas vezes, bloqueio do acesso do usuário aos medicamentos para o início e/ou continuidade do tratamento.

- Centrais de Regulação – o cenário de práticas desse componente foi definido em razão do que se encontrava estruturado e em funcionamento no município. Foi constituído pelos setores de Regulação Ambulatorial, Regulação de Leitos Hospitalares e leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e os sistemas utilizado em cada regulação, bem como respectivos fluxos. Iniciou-se pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR) do hospital de urgência do município, referência para macrorregião. O sistema foi aberto e visualizada a relação entre as unidades solicitantes e executantes na solicitação de leitos e preenchimento adequado do prontuário, para que o médico da unidade executante pudesse avaliar as condições de receber o paciente ou não. Competências entre gestores também foram discutidas, bem como o papel do médico regulador em cada sistema regulatório. Neste cenário, foram identificados problemas em relação à limitada oferta de consultas e exames, precariedade e, até mesmo, não existência do fluxo de referência e contrarreferência em alguns locais. A inexistência de protocolos ou a ausência de cumprimento deles por parte do médico também foi identificada como problema. Foram apresentados e discutidos o preenchimento dos laudos e a importância desta ação para liberação de uma vaga.
- Sistema de Produção Ambulatorial e Hospitalar - este cenário foi vivenciado em unidade hospitalar de referência da macrorregião de Imperatriz. Foi apresentado como ocorre o processo de trabalho para produção e informação do ponto de vista do faturamento e perfil de indicadores de morbidade e mortalidade. Após a apresentação, os sistemas também foram visualizados *on-line* e discutidos os campos. Foram simulados casos para preenchimento de Laudo para AIH e apresentadas as principais inconsistências que geram glosas, como incompatibilidade de CID rasuras, falta de justificativa, diagnóstico não constante na tabela SIGTAP, entre outros. Também se apresentou o fluxo de entrada, processamento e auditoria dos processos, explicando, também, sobre o papel do médico auditor. O aluno foi estimulado a conhecer o Código de Ética Médica e a Resolução do Conselho Federal de Medicina 1638/02 que discorre sobre a importância do prontuário e que este se constitui em instrumento valioso para o paciente, o médico, as instituições de saúde, ensino e pesquisa, além de se constituir também em instrumento de defesa legal. Os alunos puderam vivenciar o preenchimento adequado de um prontuário médico, através do preenchimento de informações de casos clínicos.
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA) - os pontos da atenção escolhidos para esse cenário foram do componente pré-hospitalar da Rede de Atenção às Urgências, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Foram realizadas conversas com gestores e trabalhadores sobre o fluxo de usuários, rotina de atendimento, necessidades do

usuário e problemas e desafios. Neste cenário, foram visitadas duas Unidades de Pronto Atendimento, sob gestão municipal e Estadual e de Portes I e II. Foi realizado diálogo dos alunos com os gestores, seguindo roteiro que servia como referência, com base nas portarias e no modelo de gestão. Porém, foram levantados questionamentos, inclusive sobre o papel das Unidades na Rede de Saúde local, regional e se havia sistema de referência e contrarreferência. Os alunos conheceram os setores que compõem as Unidades e fizeram comparação e perguntaram também sobre metas e processo de trabalho dos profissionais médicos. Observaram, sem intervir, os fluxos de pacientes e procedimentos realizados e a operacionalização da classificação de risco.

- Divisão de Vigilância Sanitária - cenário de prática, realizado junto à Vigilância Sanitária Municipal, em atividade de rotina, documentação necessária à prática médica, regulamentação, prescrição de medicamentos controlados, abertura de clínicas e ou consultórios. Havia desconhecimento generalizado nesse aspecto por parte dos alunos. Em geral, diziam conhecer as questões sanitárias visíveis nos serviços e não o que implicaria diretamente com o exercício da profissão. Foram apresentados formulários, formas de preenchimento, receitas de medicamentos controlados. Os cuidados que o profissional tem que ter em relação à assinatura, ao carimbo e documentação profissional. Também, aqui, o cenário foi compartilhado pela visita ao Núcleo de Segurança do Paciente, em unidade hospitalar, referência em atendimento eletivo na macrorregião de Imperatriz, para fins de conhecimento sobre protocolos de segurança do paciente. O gestor responsável pelo Núcleo de Segurança do Paciente, pautado na RDC 36/2013 ANVISA, demonstrou como são realizados esses procedimentos *in loco*, possibilitando o conhecimento dos Protocolos e Procedimentos Operativos Padrão (POP), em relação à Cirurgia e Segurança do Trabalho.

Resultados e Discursão

Conforme prevê os conteúdos curriculares da graduação em Medicina, a estruturação do curso deve propiciar a interação ativa dos alunos com profissionais de saúde e usuários, possibilitando que o aluno lide com problemas reais e possa assumir a responsabilidade como agente prestador de cuidado, compatível com o grau de autonomia que se consolida na graduação, através do internato (BRASIL, 2014).

A experiência com a disciplina evidenciou a importância das metodologias ativas no ensino médico. O aluno abandona o papel passivo de receptor de informações e passa a protagonizar o próprio aprendizado, tendo como cenário, problemas reais de dada realidade. Dentre as metodologias ativas mais utilizadas na formação médica, destacam-se a Aprendizagem Baseada em Problemas e o Método da Problematização. A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) foi, inicialmente, desenvolvida na década de 1960, no Canadá, e, na década de 1990, foi implantada no Brasil (MITRE et al., 2008).

Os alunos puderam observar e constatar na realidade como se dava o processo de trabalho, a relação entre gestores trabalhadores e usuários, em cada cenário, bem como o fluxo de usuários em alguns serviços, os encaminhamentos realizados e as lacunas existentes. Nas Rodas de Conversa, com participação de trabalhadores, foi possível discutir os pontos observados durante a vivência de cada cenário. As perguntas norteadoras eram respondidas. Em relação à assistência farmacêutica, destacavam a importância do médico saber sobre os medicamentos disponibilizados, onde encontrar para orientar o paciente e a documentação que o médico precisa preencher corretamente para agilizar o trâmite exigido. A maioria dos médicos, segundo alguns alunos, “não tem nem noção” e isso acaba prejudicando o paciente. Os alunos afirmaram compreender na prática o que o SUS “fazia” pela saúde das pessoas.

Ao mesmo tempo, destacavam que havia um SUS no papel e outro na prática, porque muitas pessoas precisavam e não tinham acesso e que o princípio da universalidade seria utopia e não realidade. A Política Nacional de assistência farmacêutica deve necessariamente garantir o acesso e a equidade às ações de saúde (BRASIL, 2004). Em estudos realizados por Ungari et al. (2014), foi

demonstrado que em relação aos principais motivos de indeferimento de medicamentos, estão: falta de exames previstos em protocolos (41,5%), de relatório médico detalhado (19%) e Laudo preenchido de forma inadequado (8,8%). Esses aspectos foram observados durante a prática em que os alunos puderam constatar a importância do relatório médico detalhado, das anotações e informações. Visualizaram exemplos de solicitações de medicamentos indeferidas por falha do profissional no preenchimento, de desconhecimento ou não cumprimento dos Protocolos de Diretrizes Clínicas e Terapêuticas (PDCT) e que essas ações prejudicariam o acesso do paciente ao tratamento prescrito, sendo, ocasionalmente, negado ou, na maioria das vezes, retardado. Ao final, o grupo se reuniu e debateu acerca dos problemas que acontecem frequentemente nesse cenário. Apontaram a relevância de conhecer a assistência farmacêutica, os medicamentos, o fluxo, onde o usuário buscar, as competências. Preencher adequadamente o relatório médico facilita o acesso do usuário ao tratamento e aos medicamentos, especialmente os mais onerosos.

A Política Nacional de Regulação do SUS abrange três dimensões: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência (BRASIL, 2008). O Sistema de Regulação no município de Imperatriz é composto pela Regulação de Urgência, sob gestão municipal, Regulação Ambulatorial e Regulação de Leitos hospitalares e de UTI. A gestão é compartilhada, sendo que o Estado também tem gestão sobre a Regulação de leitos hospitalares e de UTI (Unidade de Terapia Intensiva). A Regulação do acesso à assistência foi o tema com maior interesse e questionamento dos acadêmicos. Foram visitados os ambientes dos Núcleos Internos de Regulação, Central Ambulatorial, Regulação de leitos hospitalares e de UTI e Núcleo Tratamento Fora Domicílio (TFD). A Regulação do Acesso à Assistência, também, denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos, os respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e pelas unidades operacionais. Esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008).

Os alunos, durante a roda de conversa, após conhecerem os sistemas de regulação, levantaram pontos de questionamentos e fragilidades da regulação, como a quantidade insuficiente de consultas e exames diante da demanda; a inexistência do funcionamento do sistema de referência e contrarreferência; a ausência de protocolos clínicos e fluxo de encaminhamento para serviços e profissionais; que o serviço é desorganizado e que há influência de políticos, especialmente em leitos de UTI.

As questões apontadas coincidem com estudo de Cavalcanti *et al.* (2018), sobre desafios da Regulação que citou a limitada oferta de consultas e exames na rede assistencial, a precariedade da referência e contrarreferência, a baixa utilização ou inexistência de protocolos para encaminhamentos, entre outros, como desafios da Regulação no Sistema Único de Saúde. Em estudos sobre a vivência do acadêmico de Medicina na Rede SUS, Couto *et al.* (2018), também, relataram que profissionais afirmam a inexistência de sistema de referência e contrarreferência nas Redes de Atenção à Saúde. O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias (CONASS, 2011)

Os alunos questionaram sobre o papel da UPA na Rede de Atenção, porque pelo que observaram, havia muitas demandas que seriam, *a priori*, para postos de saúde, tipo azul e verde, segundo critérios de classificação de risco. Acolhimento do paciente ocorre quando da identificação e classificação do grau de risco, vulnerabilidade e sofrimento, de modo a estabelecer a ordem de prioridade e o tempo limite para o atendimento médico/odontológico, utilizando-se de protocolo seguro (BRASIL, 2014). Garcia & Reis (2014), em estudo sobre perfil de usuários em atendimento de urgência, citam o crescimento do número de pessoas que procuram atendimento nessas unidades, pela baixa resolutividade das unidades básicas de saúde, entre outros.

A vigilância sanitária compreende um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde (Lei 8080/90). Durante a roda de conversa, foi mencionado que até pareceu que vigilância sanitária não fazia parte da saúde, por não terem visualizado, durante as práticas em unidades básicas, nenhum setor

correspondente ou alguma atividade sobre ações de responsabilidade da vigilância. Discutiu-se, também, sobre a Segurança do Paciente, prevista pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº36/2013 que institui ações para segurança do paciente, ao mesmo tempo em que conheceram fluxo e funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e a importância deste dentro do componente hospitalar.

Nessa perspectiva, estudos realizados pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais revelam que muitos óbitos ocorrem em hospitais públicos e privados, em decorrência de efeitos adversos de determinados produtos e que estes poderiam ser evitados. Fatos como estes comprovam a necessidade de aprimorar instrumentos que assegurem a qualidade dos serviços de saúde e a segurança do paciente (SILVA; COSTA; LUCCHESI, 2018). Nesse sentido, está previsto na DCN (2014) que trata da formação médica, a importância de que o profissional realize procedimentos com os mais altos padrões da prática médica, de modo a evitar riscos, efeitos adversos e danos aos usuários, a si e aos profissionais do sistema de saúde (BRASIL, 2014). No cenário de Produção Ambulatorial Hospitalar e Prontuário Médico, ficou evidente para os alunos que o preenchimento adequado do prontuário é fundamental para o exercício da assistência médica e que o profissional deve valorizar esse instrumento. Muitos negligenciam e deixam de registrar informações importantes sobre a evolução do estado de saúde do paciente. Não existe peça técnica que possa reproduzir melhor todas as circunstâncias que envolvem o atendimento ao paciente, do que o prontuário médico (PRESTES JÚNIOR; RANGEL, 2007). Os autores destacam que, principalmente em setores de emergência, as falhas se tornam mais frequentes, em virtude do próprio ambiente e das condições de tensionamento de um pronto socorro. O preenchimento correto do prontuário médico é responsabilidade intransferível do profissional e deve refletir a assistência, as intercorrências, condutas que ocorram durante a estada do paciente em unidade de saúde.

Considerações Finais

As vivências realizadas, nos diferentes cenários de prática, pelos alunos expuseram parte do SUS que, em geral, era desconhecida. Constata-se escassez de publicações específicas sobre essa temática na literatura especializada. De maneira geral, os participantes diziam conhecer a parte do Sistema, a assistência, ou seja, os atendimentos em unidades básicas de saúde e os realizados em unidades de Pronto Atendimento e Pronto Socorro hospitalares. Conheciam a parte visível do SUS que se apresenta, na maioria das vezes, de forma precária, desorganizada, congestionada de filas de espera e pessoas agonizando, a espera de atendimento, em várias portas de entrada de urgência no país. Através da disciplina Gestão em Saúde, os alunos passaram a conhecer um SUS que, apesar de não estar exposto, seu funcionamento é imprescindível, para que o processo de trabalho dos profissionais que atuam no sistema possa funcionar de forma adequada. Através da observação *in loco* e de alguns questionamentos feitos com trabalhadores e usuários, o acadêmico se inseriu no cotidiano, verificou fluxo, funcionamento das Redes de Atenção e, mais ainda, de quanto o médico pode atuar como facilitador do acesso do usuário ao atendimento de que precisa. A disciplina tem caráter inovador, propositivo, como preveem as Diretrizes Curriculares Nacionais 2014, articulação integrada entre ensino e aprendizagem, nas Redes de Atenção à Saúde, promovendo integração de ações e serviços de saúde, na comunidade, com a formação acadêmica.

Referências

ALBUQUERQUE, V.S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.32, n.3, p.356-62, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014.** Disponível em <http://portal.mec.gov.br/observatorio-da-educacao/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/20138-ces-2014> Acesso em: 30.01.2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 1.442 de 17 de dezembro de**

2014. Disponível em http://www.lex.com.br/legis_26308252_PORTARIA_N_1442_DE_17_DE_DEZEMBRO_DE_2014.aspx Acesso em 26.04.2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC Nº 36. 2013 Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 30.01.2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 1559 de 1º de agosto de 2008.** Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 28.03.19

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, set. 1990. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html Acesso em 28.04.2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.378, de 09 de julho de 2013.** Brasília; 2013 [citado 2018 mar. 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html Acesso em 02.04.2019

CAVALCANTI, R.P.; CRUZ, D.F.; PADILHA,W.W.N. Desafios da Regulação Assistencial no Sistema Único de Saúde. **Rev.Bras.de Ciências da Saúde.** Volume 22 N. 2 P. 181-188 2018 Disponível em <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/download/31872/19568> Acesso em 25.04.2019

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM 1638/2002 **Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.** Acesso em 30.04.2019. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm Acesso em: 03.03.2019

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Resolução 338/2004.** 2011. Disponível em <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/17/Resolucao-338-06052004.pdf> Acesso em 30.01.2019

COUTO, V.B.M. et al .Vivenciando a Rede: Caminhos para a Formação do Médico no Contexto do SUS. **Rev. bras. educ. med.,** Brasília , v. 42, n. 2, p. 5-14, June 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 09 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2rb201610>.Acesso em: 12.02.2019

FRANCA JUNIOR, R. R de; MAKNAMARA, M.. A literatura sobre metodologias ativas em educação médica no Brasil: notas para uma reflexão crítica. **Trab. educ. saúde,** Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, e0018214, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000100513&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 02.06. 2019

GARCIA,V.M.,;REIS, R.K. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Rev. Bras. Enferm.** 2014 mar-abr; 67(2): 261-7 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0261.pdf>Acesso em 09.06.2019

J.R.L.C.P. ; RANGEL, M. Prontuário Médico e suas Implicações Médico-Legais na Rotina do Colo-Proctologista. **Rev.,Bras.Colopect.** abril-junho, v. 17,n.,2, 2007<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v27n2/04.pdf>.Acesso em: 20.02.2019

MARIN, M.J.S. et al .Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. **Rev. bras. educ. med.,** Rio de Janeiro , v. 34, n. 1, p. 13-20, Mar. 2010 . Available

from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30.04.2019

MARQUES, Lumaira Maria Nascimento Silva da Rocha. **As metodologias ativas como estratégias para desenvolver a educação em valores na graduação em enfermagem**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, e20180023, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000300602&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01.04. 2019

MARTINS ,A.C.M.;NETTO, G.F.;SILVA, F.A.M. Características do tutor efetivo em ABP- Uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Educação Médica** .P.22. 2018

MITRE, S. M. et al . Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, Dec. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16.05.2019

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. **Processo de trabalho em saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>. Acesso em 30.04.2019

SILVA P.B.G.; BERNARDES N.M.G.;Rodas de Conversa - **Excelência acadêmica é a diversidade**. A conversation – Academicexcellenceisdiversity. N.61 Porto Alegre – 2007

SILVA, J. A.; COSTA, E. A.; LUCCHESI, G. SUS 30 anos: Vigilância Sanitária. **Ciênc. saúde colet.** 23 (6) Jun 2018 - Disponível em <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1953-1961/> Acesso em: 22.02.19

UNGARI A.Q. ET AL . Estratégias para a garantia da integralidade na perspectiva do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **RAS** _ Vol. 16, No 63 – Abr-Jun, 2014

XAVIER, N.L.et al. Analisando as metodologias ativas na formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **SANARE**, Sobral, V.13, n.1, p.76-83, jan./jun. - 2014 Disponível em <https://www.sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/436/291>. Acesso em: 27.04.2019

Recebido em 18 de outubro de 2019.

Aceito em 21 de fevereiro de 2020.