



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

TAIS CAMARA VIVIANI DOS SANTOS

AMPLIAÇÃO DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA
DO MUNICÍPIO DE UBATUBA, LITORAL NORTE DE SÃO PAULO: IMPLEMENTAÇÃO
DE GRUPO DE CUIDADOS INTEGRATIVOS POR EQUIPE INTERDISCIPLINAR.

SÃO PAULO
2020

TAIS CAMARA VIVIANI DOS SANTOS

AMPLIAÇÃO DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE UBATUBA, LITORAL NORTE DE SÃO PAULO: IMPLEMENTAÇÃO DE GRUPO DE CUIDADOS INTEGRATIVOS POR EQUIPE INTERDISCIPLINAR.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família

Orientação: ARIANE GRAÇAS DE CAMPOS

SÃO PAULO
2020

Resumo

Devido a discrepância entre a alta demanda de saúde e baixa oferta de serviços e estratégias não medicamentosas que promovam saúde oferecidos no bairro Perequê Açu, em Ubatuba, Litoral Norte de São Paulo, propõe-se a criação de um grupo de Cuidados Integrativos, que estimule o autocuidado, o estilo de vida saudável e o ensino de práticas de respiração e relaxamento para os pacientes, afim de ampliar a integralidade do cuidado e o estabelecimento de vínculo da população com a equipe de saúde local, além da criação de redes de apoio entre moradores do bairro.

Palavra-chave

Educação em Saúde. Estilo de Vida Saudável. Hábitos Saudáveis. Práticas Integrativas e Complementares. Acompanhamento dos Cuidados de Saúde. Assistência Integral à Saúde. Colaboração Intersetorial

PROBLEMA/SITUAÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família do bairro Perequê Açu, em Ubatuba, conta hoje com duas equipes (02 e 21) compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, recepcionistas, auxiliar de limpeza, agentes de saúde e agentes de endemias. A equipe 21 conta hoje com uma população cadastrada de cerca de 2500 pessoas, porém a estimativa é de que 8000 pacientes passem por atendimento. A discrepância se dá pela defasagem no número de cadastramentos atribuída a um crescimento rápido da população local, associada a falta de agentes de saúde em três microáreas desse território.

A população local é majoritariamente composta por idosos, aposentados, que referem poucas atividades contíguas de socialização, apesar do de a unidade se localizar em uma área propícia para o envolvimento social, ao lado de praia, igrejas, feiras. Além disso, a maior parte desses pacientes são indivíduos que nasceram em outras cidades e se mudaram após a aposentadoria, ou mesmo jovens que se mudaram em busca de "uma vida melhor, perto do mar". Com isso, muitos não tem familiares morando na cidade e, a maioria, não possui vínculo com a população e a cultura local.

O resutado da discrepância entre pacientes cadastrados e pacientes efetivamente sendo atendidos causa diversos contratempos facilmente observáveis na rotina da unidade, incluindo agendas superlotadas, má adesão a programas de pré natal, puericultura e de doenças crônicas e profissionais sentindo-se sobrecarregados e pouco produtivos. O resultado é uma medicalização extrema dessa população, que variam desde polifarmácia em doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial até o uso descontrolado de benzodiazepínicos, sem reavaliação da necessidade dessas medicações e sem a otimização desses tratamentos, quando, muitas vezes, necessários. Além disso, abandonou-se em grande parte a adesão de tratamentos não medicamentosos que necessitassem qualquer tempo a mais do que o exigido para a impressão e a assinatura de uma nova receita já existente. Orientações sobre estilos de vida saudáveis, psicoterapia, autocuidado, otimização de dietas e atividades físicas foram marginalizados e os fármacos ocuparam, então, o papel central no cenário de cuidados fornecidos por essa equipe.

ESTUDO DA LITERATURA

O uso de ervas, práticas espirituais e práticas não medicamentosas em saúde, como técnicas corporais e a acupuntura, podem ser considerados umas das mais antigas formas de cuidados com a saúde (WHO, 1998). Ainda hoje, essas podem ser as únicas práticas de saúde disponíveis em muitas comunidades.(Oniyapat *et al*, 2011, Laelago *et al*, 2016; Pearson *et al*, 2018)

Alguns estudos tem demonstrado que elas podem ser benéficas, contanto que sejam utilizadas de forma a balancear riscos, benefícios e possíveis interações com outros tratamentos(Peprha *et al*, 2019; Barreto *et al*, 2017; Mac pherson *et al*, 2017, Goyatá *et al*, 2016) enquanto outros tem demonstrado resultados inconclusivos, devido às evidências escassas sobre sua eficácia (McFarland *et al*, 2002; Lewe *et al*, 2011; Flaherty *et al*, 2004; Susskind *et al*, 2012)

A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde o final dos anos 70, passou a encorajar o uso de Medicina Tradicional como forma de promoção de saúde, considerando que, naquele período, cerca de 80% da população mundial utilizava plantas medicinais como recurso de saúde primário (MS, 2015). O movimento iniciado com a Declaração da Alma Ata deu origem ao Programa de Medicina Tradicional, também chamado de Programa de Medicina Complementar e Alternativa, que viria a dar origem a documentos, entre 2002 e 2003, esboçando e orientandi estratégias de implantação das práticas e reforçando o interesse da organização em estimular a inserção delas nos sistemas de saúde dos países membros (WHO, 1978, WHO, 2002).

O uso dessas práticas vem crescendo, desde então, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento (Eisenberg *et al*, 1998; Thomas *et al*, 2004; Stickley *et al*, 2013) , sendo o Brasil um deles. Em 2006, o Ministério da Saúde (MS) publicou a o Programa Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), incluindo as práticas de Medicina Chinesa, Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia e Plantas Medicinais e Medicina Antropofísica no escopo de atuação do Sistema Único de Saúde (MS, 2006) e, entre 2017 e 2018, lançou novas portarias acrescentando outras práticas ao programa nacional (MS, 2017).

Apesar da diversidade de práticas incluídas no arsenal de PIC, a procura de cura e equilíbrio por meio de intervenções que reforcem ou induzam uma resposta natural do organismo, a ideia de integralidade do indivíduo, a busca do equilíbrio entre a mente, o corpo o espírito e o meio, a ênfase em saúde - e não na doença -, e o estímulo ao autocuidado parecem ser pontos de convergência entre elas . Mais do que isso, esses conceitos convergem com as premissas propostas aos profissionais da atenção primária à saúde, em especialmente médicos de família e comunidade, integrantes de Estratégia de Saúde da Família - programa preferencial de atenção primária estipulada pelo MS.Porém, esses profissionais esbarram em certa dificuldade nesse exercício, tanto por condições da formação biomédica atual no país quanto pelos contextos organizacionais e institucionais em que a prática se desenvolve no Brasil (Queiroz, 2000).

Quando elaborado em 2006, uma das prioridades do PNPIC foi a inserção e o fortalecimento das práticas integrativas e complementares no nível primário de atenção (MS, 2006).Hoje, 14 anos depois, sua implantação e eficácia continuam em discussão, seja pela insuficiência de

dados de produção e de pesquisas seja pela pouca formação e a carência de especialistas.

AÇÕES

Implementação de um Grupo de Cuidados Integrativos, composto por médica, nutricionista, fisioterapeuta e psicóloga do NASF.

O grupo será composto por 20 pacientes previamente selecionados em reunião de equipe (médica, enfermeira, técnicas de enfermagem e agentes de saúde). Seriam incluídos nessa seleção os pacientes que tivessem demonstrado interesse de participar do grupo em consulta médica, consulta de enfermagem, atendimento por técnicas de enfermagem e visitas de ACSs. Serão realizados 9 encontros semanais, com até 2 horas de duração, com o seguinte esboço:

1º encontro: Apresentação; dinâmica de apresentação; espaço de fala e escuta; desfecho com prática respiratória.

2º encontro: Abertura com prática respiratória; será abordado os temas sobre autocuidado, sono, alimentação, atividade física, espiritualidade e relacionamentos; exercício de elaboração de Roda da Saúde pelos participantes; espaço de fala e escuta; desfecho com prática respiratória

3º encontro: Abertura com prática respiratória; espaço de fala e escuta sobre como foi o autocuidado de cada participante durante a semana; filme "Explicando a Mente - Ansiedade"; fala da psicóloga sobre ansiedade; desfecho com prática respiratória

4º encontro: Abertura com prática respiratória; dinâmica "Minha querida ansiedade,..."; espaço de fala e escuta; desfecho com técnica respiratória.

5º encontro: Abertura com prática respiratória; alimentação saudável; espaço de fala e escuta; desfecho com prática respiratória.

6º encontro: Abertura com prática respiratória; técnicas de relaxamento e automassagem; espaço de fala e escuta; desfecho com prática respiratória.

7º encontro: Abertura com prática respiratória; caminhada pela praia do Perequê Açu; espaço de fala e escuta em frente ao mar; desfecho com prática contemplativa.

8º encontro: Abertura com prática respiratória; Dinâmica da mandala; Realização de nova Roda da Saúde e comparação com a Roda da Saúde inicial; Fala de encerramento pelos profissionais; espaço de fala e escuta; prática respiratória; desfecho com café da manhã comunitário.

9º encontro (após 8 semanas em que um novo grupo realizará as práticas): Reencontro para troca de experiências sobre como os participantes mantiveram o autocuidado e para que pacientes que necessitem abordagem a mais sejam captados pelos profissionais de saúde para avaliação individual.

RESULTADOS ESPERADOS

A idéia é criar um grupo onde haja espaço de escuta sensível e um ambiente propício para troca de experiência e formação de vínculo entre os participantes, afim de aumentar as redes de relacionamento no bairro.

Espera-se que o foco do grupo em promover a saúde, em oposição ao tratamento de doenças, e a promoção do autocuidado promovam e reforcem uma resposta natural do organismo e ajudem a estabelecer um equilíbrio entre a mente, o corpo o espírito e o meio. A desmedicalização de condições possivelmente tratáveis com medidas não farmacológicas seria um ganho secundário encorajado e estimulado pelos profissionais envolvidos.

REFERÊNCIAS

- ♦ Bulletin of the World Health Organization . Regulatory situation of herbal medicines. Geneva: A worldwide review; 1998.
- ♦ ONYIAPAT, JL; OKORONKWO, IL; OGBONNAYA, NP. **Complementary and alternative medicine use among adults in Enugu, Nigeria.** BMC Complement Altern Med: 2011.
- ♦ LAELAGO, T; YOHANNES, T; LEMANGO, F. **Prevalence of herbal medicine use and associated factors among pregnant women attending antenatal care at public health facilities in Hossana town, Southern Ethiopia:** facility based cross sectional study. Arch Public Health: 2016.
- ♦ PEARSON, H; FLEMING, T; CHOOON, P; TUOT, S; BRODY C; YI, S. **Prevalence of and factors associated with utilization of herbal medicines among outpatients in primary health centers in Cambodia.** BMC Complement Altern Med: 2018.
- ♦ PEPRAH, P; AGYEMANG-DUAH. W; ARTHUR-HOLMES F; BUDU, HI; ABALO, EM; OKWEI, R; NYONYO, J. **'We are nothing without herbs':** a story of herbal remedies use during pregnancy in rural Ghana. BMC Complement Altern Med, 2019.
- ♦ BARRETO, GE, AVILA-RODRIGUEZ, M; FOITZICK, M; ALIEV, G; ECHEVERRIA, V. **Advances in medicinal plants with effects on anxiety behavior associated to mental and HealthConditions.** Curr Med Chem, 2017.
- ♦ MAC-OHERSON, H; VERTOSICK, EA; FOSTER, NE; LEWITH, G; LINDE, K; SHERMAN, KJ; WITT, CM; VICKERS, AJ. **The persistence of the effects of acupuncture after a course of treatment:** a meta-analysis of patients with chronic pain. Pain, 2017.
- ♦ GOYATÁ, SLT; AVELINO, CCV; SANTOS, SVM; SOUZA, DI; GURGEL, MDL; TERRA, FS. **Effects from acupuncture in treating anxiety:** integrative review. Rev Bras Enferm, 2016.
- ♦ MCFARLAND, B; BIEGELOW, D; ZANI, B; NEWSON J; KAPLAN, M. **Complementary and alternative medicine use in Canada and the United States.** Am J Public Health, 2002
- ♦ LEWIS, MBA. **Risk and efficacy in biomedical media representations of herbal medicine and complementary and alternative medicine (CAM).** Evid Based Complement Altern Med, 2011.
- ♦ FLAHERTY, JH; TAKAHASHI, R. **The use of complementary and alternative medical therapies among older persons around the world.** Clin Geriatr Med, 2004.
- ♦ SÜSSKIND, M; THÜRMAN, PA; LUKE, C; JESCHKE, E; TABALI, M; MATTHES, H. **Adverse drug reactions in a complementary medicine hospital:** a prospective, intensified surveillance study. Evid Based Complement Altern Med, 2012.
- ♦ BRAZIL, MS. **National policy for complementary and integrative practices in SUS:** access extension attitude. Ministry of Health, Health Care Secretariat, Department of Primary Health Care. Brasília: 2017.
- ♦ WHO, Meeting on the Promotion and Development of Traditional Medicine. **The promotion and development of traditional medicine:** report of a WHO meeting. Geneva: World Health Organization, 1978.

- * WHO. **WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005**. Geneva: WHO, 2002.
- * EISENBERG, DM, DAVIS, RB; ETTNER, SL. **Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997**: results of a follow-up national survey. JAMA, 1998.
- * THOMAS, K; COLEMAN, P. **Use of complementary or alternative medicine in a general population in Great Britain**: results from the National Omnibus survey. J Public Health, 2004.
- * STICKLEY, A; KOYANAGI, A; RICHARDSON, E; ROBERTS, B; BALABANOVA, D; MCKEE, M. **Prevalence and factors associated with the use of alternative (folk) medicine practitioners in 8 countries of the former Soviet Union**. BMC Complement Altern Med, 2013.
- * BRAZIL. Ministry of Health. **National Policy for Complementary and Integrative Practices**. Brasília: Brazilian Federal Register, n. 84, section I, 2006.
- * QUIROZ, MS. **O itinerário rumo às medicinas alternativas**: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. Cad Saúde Pública, 2000.