



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**DESAFIOS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR E NA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE DO IDOSO: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CONTEXTO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PAIÇANDU-PR**

DIOGO BENTO LIMA

NATAL/RN
2020

DESAFIOS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR E NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO
IDOSO: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PAIÇANDU-PR

DIOGO BENTO LIMA

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: MARIA BETANIA
MORAIS DE PAIVA

NATAL/RN
2020

Agradeço primeiramente pela oportunidade de poder ajudar alguém.
Apoio familiar
A equipe de saúde da minha unidade, sem eles isso não seria possível.

Dedico ao meu pai Jarbas Lages, já não está entre nós, mas deixou a semente da medicina e me inspirou a seguir essa carreira sempre pensando no bem do próximo.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	6
2-RELATO DE MICROINTERVENÇÃO.....	8
3-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
4-REFERÊNCIAS.....	16

1. INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada dos usuários no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e responsável pela análise das condições de saúde da população, detecção precoce dos agravos à saúde e acompanhamento contínuo daqueles já diagnosticados, constituindo-se assim no ponto mais importante dentro da cadeia organizacional dos serviços (FERREIRA et al., 2019). Em 2018, a APS contava com mais de 42 mil equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) distribuídas em 4.995 municípios e responsáveis pela cobertura assistencial de 62,4% da população brasileira (BAHIA; SCHEFFER, 2018, TESSER; NORMAM; VIDAL, 2018).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como foco o cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade e a prioridade do programa engloba ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, vigilância em saúde e acompanhamento da população adscrita, com o objetivo de impactar os índices da qualidade do cuidado direcionado aos usuários da atenção básica (ANDRADE et al., 2018, FURLANETTO; PINHO; PARREIRA, 2015, ARRUDA et al. 2012).

Ao oferecer atendimento em postos de saúde instalados nos bairros, a ESF facilita o acesso da população aos serviços e aumenta a possibilidade de vínculo entre equipes de saúde e usuários, além de constituir-se em mais um espaço que oportuniza a convivência local entre os usuários. O município de Paiçandu está localizado na região noroeste do estado do Paraná, na rodovia PR- 323 no eixo Maringá a Cianorte. Segundo dados do Censo Demográfico do IBGE, a população do município é de 38.936 habitantes, sua área territorial é de 171, 379 km², incluindo o Distrito de Água Boa.

O serviço público de saúde do município é constituído de um hospital e 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS). A UBS objeto deste estudo foi a UBS do Jardim Pioneiro II que é responsável pela assistência de uma população correspondente a 12.500 habitantes. A unidade possui três equipes de saúde da família, uma equipe de saúde bucal e não há equipe de apoio assistencial. A equipe de ESF que realizou este estudo é composta de 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde (ACS) e possui uma área de abrangência de 4693 usuários dos quais 429 são idosos (9,14%). As afecções mais prevalentes nos indivíduos são as doenças crônicas (hipertensão e diabetes mellitus), seguidas pelas condições de saúde mental. A unidade apresenta uma estrutura recém-inaugurada no ano de 2016 e foi executada de acordo com os padrões nacionais, sendo composta por sala de recepção/espera, consultórios médicos e de enfermagem, consultório odontológico, sala de administração, sala de atividades coletivas, local para arquivos e registros, sala de procedimentos e vacinas e farmácia.

Como médico integrante desta equipe de saúde desde dezembro de 2018, foi possível

observar no decorrer da nossa prática clínica diária algumas fragilidades que se constituíram em potenciais situações problema e que acabavam por sobrecarregar as ações da equipe de saúde e prejudicar a qualidade da assistência prestada aos usuários, sendo as principais: 1) escassa compreensão sobre as diretrizes e princípios norteadores da Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como pouca compreensão das atribuições inerentes a cada cargo; 2) dificuldades organizacionais do processo de trabalho, sobretudo aquelas referentes ao fluxo de atendimento, número excessivo de consultas diárias, ausência de organização e divisão dos grupos por necessidades específicas, falta de prioridade para determinados grupos de risco; 3) problemas relacionados ao entrosamento da equipe; 4) falta de prioridade para atendimentos aos idosos estratificados; 5) alto índice de idosos em uso inadequado de medicamentos ou uso de polifarmácia (mais de 5 medicamentos para um mesmo paciente); 6) falta de alternativas não farmacológicas para a prevenção e promoção em saúde da população geriátrica; 7) existência de uma demanda reprimida, com problemas graves e com pouco acesso aos serviços de saúde na área de abrangência da equipe.

A auto-percepção desses problemas tornava extremamente frustrante a prática profissional naquelas condições, uma vez que sentia a necessidade de oferecer enquanto médico, uma assistência baseada na educação e na troca de saberes com a equipe para buscar meios de executar ações voltadas para prevenção e promoção da saúde dos usuários sob nossos cuidados.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), 2006 salienta a importância da educação permanente dos processos de trabalho em saúde na atenção primária, de forma a permitir a construção de novas práticas e saberes capazes de promover a saúde, considerando as reais necessidades da população do território. Nesse contexto foram traçadas estratégias de intervenção para identificar os pormenores associados às situações problema evidenciadas, tendo no diálogo entre o médico e a equipe de saúde, o ponto de partida para a busca de soluções para os problemas que sobrecarregavam as ações da ESF com demandas desnecessárias.

O principal objetivo destas intervenções foi a adoção de medidas previamente pactuadas voltadas para a otimização do processo de trabalho da equipe e a melhoria da assistência oferecida à população idosa. Para tanto foi organizado um programa de intervenção constituído de 4 etapas, três etapas iniciais com duração de 6 meses realizadas junto com a equipe da ESF e a uma quarta etapa voltada especificamente para o cuidado da população geriátrica.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Tipo de estudo

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência de natureza qualitativa, que consistiu em descrever a vivência de um médico da ESF através de práticas de educação em saúde centradas no diálogo entre os membros desta equipe e intervenções pontuais voltadas para melhoria da qualidade de vida e da saúde da população idosa por ela atendida.

Local do estudo

O cenário de prática de intervenção aconteceu na Unidade Básica de Saúde do Jardim Pioneiro II, localizada no município de Paiçandu, Paraná, Brasil. A experiência ocorreu de janeiro a dezembro de 2019.

Participantes da pesquisa

Participam das ações os membros da equipe da ESF composta por 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde (ACS's) e idosos a partir de 60 anos de idade estratificados pela ESF.

Desenvolvimento das ações de intervenção

As operacionalizações das intervenções ocorreram em quatro etapas, a saber, as intervenções da primeira etapa tiveram início nos primeiros dois meses do ano de 2019 e ocorreram durante as reuniões de equipe da ESF com duração de 2 horas semanais. O objetivo desta etapa foi oportunizar este espaço de discussão de casos e planejamento de ações para inserir conceitos e conteúdos sobre a ESF e provocar nos profissionais de saúde, através da análise de suas práticas diárias, uma reflexão crítica da atual situação e configuração do processo de trabalho. Nesta etapa foram elaboradas as seguintes questões norteadoras: 1) Como você enquanto membro de uma da ESF desempenha o seu papel? Reconhece suas funções/atribuições? 2) Quais são os principais problemas relacionados ao seu processo de trabalho enquanto membro da ESF? Essas questões estimularam o diálogo dentro da equipe, favorecendo que cada membro expusesse seus pontos de vista, críticas, dúvidas e sentimentos relacionados ao processo de trabalho. Esses diálogos foram registrados em livros ata específicos para este fim e analisados posteriormente.

A segunda etapa ocorreu nos dois meses seguintes e também ocorreram durante as reuniões de equipe da ESF com duração de 2 horas semanais. Foi executada a partir da conscientização e da análise crítica das principais dificuldades elencadas. A partir do diagnóstico situacional, a eleição da prioridade foi avaliada conforme a relevância (atribuindo valor de “alto, médio ou baixo”), urgência, capacidade e potencial da equipe de enfrentamento dos problemas elencados. Decidimos priorizar em um primeiro momento, apenas a elaboração de intervenções para os problemas que fossem considerados de alta relevância pela equipe.

A terceira etapa ocorreu nos dois últimos meses do semestre do primeiro semestre de 2019 e mantém-se sendo continuamente executada e avaliada. Iniciou-se a atividade de construção de novas formas de ação em equipe com a pactuação do compromisso de desenvolver as mudanças no decorrer do processo de trabalho. Foi sugerida a importância de avaliações bimestrais das mudanças iniciadas nesta etapa.

A quarta etapa foi iniciada no segundo semestre de 2019, após ter sido implementado os devidos ajustes e intervenções na equipe de ESF. Fomentou-se nos profissionais da equipe a necessidade de iniciar uma estruturação de ações voltadas para grupos específicos, e consensualmente optou-se por iniciar com o grupo de idosos. Esta decisão foi tomada considerando a grande quantidade de idosos (60 anos ou mais) estratificados, a identificação de potenciais problemas relacionados à esta população, aos maiores riscos e fragilidades deste grupo e a escassez de ações de prevenção e promoção voltadas para a população idosa. As questões que nortearam estas discussões foram: 1) Como você enquanto membro da ESF avalia a atenção à saúde do idoso prestado pela sua equipe? 2) Quais as possíveis intervenções melhoraria o cuidado a este grupo específico?

Aspectos éticos

Por se tratar de um relato de experiência não houve a necessidade de apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Porém, todos os princípios éticos foram seguidos conforme as recomendações nacionais e internacionais de pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Á priori é importante ressaltar que a UBS Pioneiro II em Paiçandu é relativamente nova, foi implantada na cidade em outubro de 2016 e teve desde sua inauguração, os serviços médicos da Equipe de ESF-3 conduzidos por um profissional de origem cubana que foi destituído do extinto Programa Mais Médicos (PMM) do Governo Federal. Deste modo, era notadamente evidente que as diversas problemáticas supracitadas, em partes, foram ocasionadas pelo impacto das divergências culturais e pela suposta escassa compreensão dos aspectos norteadores da ESF.

A receptividade de todos os profissionais da UBS Pioneiro II foi algo marcante e embora já tivessem uma rotina pré-estabelecida, estiveram abertos ao diálogo e as intervenções propostas. A primeira grande questão encontrada e classificada como “alta relevância” pela equipe foi a identificação da configuração desorganizada do serviço. A impressão constatada era que a atenção básica operava como um “Pronto Atendimento de Livre Demanda”, onde não havia uma organização mínima sobre os serviços prestados, não havia grupos e dias específicos para atendimentos das diferentes demandas, ou seja, qualquer usuário que chegasse e a hora que chegasse, era atendido imediatamente, sem a necessidade de agendamento prévio. Também havia um número exorbitante de consultas mínimas diárias, não atendendo os critérios básicos da classificação de risco, o que comprometia muito a qualidade do

atendimento prestado.

De acordo com o Caderno da Atenção Básica nº 28, (2013) o usuário também pode definir o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde, devendo ser acolhida, escutada, problematizada e reconhecida como legítima, podendo ser confirmada ou não pelo olhar técnico-profissional. É, no entanto, papel deste técnico-profissional organizar essa demanda dentro do serviço e proferir os encaminhamentos necessários. Diante disso, foram trabalhados nas reuniões de equipe os conceitos de prioridade, grupos de risco, definições de urgência e emergência e como estratégia de enfrentamento foi lançada a proposta de reorganização do atendimento aos usuários por grupos com demandas específicas, separando-os também, em turnos ou dias específicos.

Assim foram criados no âmbito local os seguintes grupos de convivência: 1) Gestantes e Puérperas, 2) Puericultura e Pediatria, 3) HIPERDIA (hipertensos e diabéticos) e 4) Geriatria. Além disso, foi priorizado um dia específico para a realização de visitas domiciliares. De acordo com SOARES; FERRAZ (2017) a setorização das atividades em grupos no âmbito da APS ocasionam a otimização do processo de trabalho, através da diminuição das consultas individuais, a participação ativa do indivíduo no processo educativo e maior envolvimento dos profissionais com o paciente. Como todo processo de mudança, foi observada inicialmente uma importante resistência e falta de compreensão dos usuários, que insistiam em ser atendidos sem agendamento prévio, sobretudo por ainda não internalizarem aquelas mudanças. No entanto, no decorrer do processo de implantação, é possível observar cada vez mais a aceitação dos usuários que começam a perceber os benefícios como rapidez e melhoria da qualidade da atenção.

Outro problema identificado e classificado como de “alta relevância” estava relacionado ao escasso conhecimento da equipe de saúde sobre as diretrizes e princípios norteadores da ESF, bem como pouca compreensão das atribuições inerentes a cada cargo; além de problemas relacionados ao entrosamento da equipe. Também havia a existência de comportamentos e “vícios” já enraizados no processo de trabalho da equipe e que acabavam comprometendo a efetiva execução das ações.

Um desses comportamentos referia-se à resistência dos ACS em realizar visitas domiciliares diariamente, fortalecendo vínculos com a comunidade, buscando indícios de demandas reprimidas e resolvendo questões simples através de pequenas intervenções locais. Sempre norteado pelos pressupostos do Ministério de Saúde (MS) e mediante as orientações contidas nos Cadernos de Atenção Básica foi conduzido e argumentado junto à equipe, a necessidade de mudança nesta área, ressaltando o papel fundamental e importante do ACS na comunidade. Por definição, o ACS deve trabalhar fora do UBS, fazendo a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde (OLIVEIRA; BERGER, 1996, ASSUNÇÃO, 2003). Deste

modo, a principal discussão proposta enquanto médico foi ressaltar a importância desse elo fundamental que permite ao ACS o reconhecimento dos agravos em saúde que atingem os pacientes do seu território. Vale destacar que quando se estabelece o vínculo ACS/comunidade a equipe de saúde adquire ferramentas para a construção do diagnóstico local e a elaboração de um plano de intervenção que estabeleça prioridades, além do mais, o ACS torna-se capaz de retomar a comunidade com orientações, diminuindo ou solucionando eventuais problemas localmente sob a supervisão da equipe, reduzindo também as demandas mais simples.

No entanto, alguns membros percebiam que as mudanças propostas lhes eram dirigidas como uma “maior carga de trabalho” e por já estarem acostumados com a rotina pré-estabelecida demonstravam-se resistentes às mudanças, sobretudo por acreditarem que estivessem fazendo o serviço de forma adequada. Após muitas rodas de conversa e capacitação com foco na devida valorização do papel do ACS no cuidado em saúde e na inclusão dos mesmos como parte de um importante processo, tem sido possível aos poucos, a retomada dos ACS ao território.

Outra importante questão observada foi a não realização da triagem exclusivamente pelo enfermeiro da equipe, que deixava essa função aos cuidados do técnico de enfermagem, que apenas pesava e aferia a pressão arterial do paciente, encaminhando todos eles, sem critérios específicos, para a consulta médica. Esta conduta acabava por sobrecarregar a agenda médica com demandas desnecessárias e prejudicava o atendimento aos pacientes graves e o funcionamento do serviço. Esta realidade não é rara nos serviços da APS, onde na maioria das vezes, o profissional enfermeiro da ESF, por falta de equipes assistenciais, acaba por absorver a demanda assistencial da UBS, sendo impossibilitada de desenvolver adequadamente a sua função.

Os estudos de Caçador et al., (2017) e Ferreira; Périco; Dias (2018) corroboram que o cotidiano do trabalho do enfermeiro da APS é marcado pela sobrecarga de trabalho, pelo acúmulo de diversas funções e pelo afastamento do enfermeiro da assistência ao ESF, especialmente a consulta de enfermagem. De acordo com esses autores, isso decorre da necessidade de oferecer respostas às demandas relacionadas ao funcionamento dos serviços de saúde e à população geral e, ainda, às metas estabelecidas e às pactuações e indicadores do serviço de saúde.

A reorganização das demandas da ESF em grupos específicos e conseqüentemente redução do número de consultas diárias tem possibilitado que a enfermeira mantenha-se, quase que sempre, disponível para a triagem e atendimento dos pacientes da área de abrangência da equipe.

Uma vez organizado o processo de trabalho da equipe e tendo redefinido os papéis e ações dos profissionais, teve início a segunda etapa de intervenção. As questões norteadoras sobre o atendimento prestado a população geriátrica evidenciaram que são inúmeras os

problemas relacionados a este grupo, como os aspectos relacionados à precariedade do deslocamento e acesso aos serviços da UBS, alto grau de dependência de familiares e cuidadores, dificuldade na comunicação e expressão de sinais e sintomas e síndrome de fragilidade. Diante da problemática levantada pela nossa equipe, fomentou-se nos profissionais a necessidade de iniciarmos uma reestruturação dos atendimentos prestados à população geriátrica do nosso território.

Primeiramente foi preciso reforçar e pactuar com a equipe a questão do direito preferencial do idoso para qualquer atendimento quer seja médico, de enfermagem ou qualquer outro serviço ofertado pela UBS. De acordo com a OMS (2015) para além da prioridade no atendimento, os profissionais e gestores da APS precisam oferecer ao idoso o acesso universal, integral, com equidade e longitudinalidade, adequando continuamente os serviços e capacitando as equipes de saúde quanto às necessidades dos idosos para oferecer-lhes uma assistência de qualidade.

Na rotina de atendimento da UBS Pioneiro II sempre foi destinado meio período semanal para o atendimento da população idosa. No entanto, foi observado que a demanda de idosos por consultas era maior que a oferta, de modo que as 15 consultas antes ofertadas, além de insuficientes, não eram capazes de promover grandes impactos no processo saúde-doença, o que causava alta recorrência dos pacientes. Além disso, contatava-se que idosos com demandas reais e com necessidade de acompanhamento efetivo, não procuravam a unidade, por diversos motivos, entre os quais, a dificuldade de autonomia ou simplesmente, o excesso de burocracia do serviço de saúde.

A primeira medida tomada pela equipe e sob coordenação médica foi a reorganização das consultas médicas, que passaram a ocorrer em dois dias semanais e com agendamento prévio. Deste modo, foi possível iniciar um acolhimento voltado às necessidades dos idosos, oferecendo-lhes além de maior acesso às consultas, maior qualidade no atendimento médico. Além disso, foram criados nestes períodos, espaços de convivência e fortalecimento de vínculos por meio da oferta de grupos para os idosos, com atividades recreativas, didáticas e profissionalizantes focadas na prevenção e na promoção da saúde, na perspectiva de melhorar a qualidade de vida desta população.

Outra importante conquista foi a formação de grupos de Terapia Ocupacional (TO) para os idosos mais vulneráveis, ou seja, aqueles diagnosticados com sintomas depressivos e/ou ansiosos. Segundo Wichmann et al. (2013) os grupos de convivência constitui uma forma de interação, inclusão social e uma maneira de resgatar a autonomia, de viver com dignidade, melhorar a autoestima, a qualidade de vida, o senso de humor e promover a inclusão social.

De acordo com a cartilha do idoso, o maior desafio relacionado à saúde da população geriátrica é ampliar o acesso, incluir e/ou potencializar o cuidado integral, concretizar ações intersetoriais nos territórios com foco nas especificidades e demandas de cuidado da população

idosa. Visando atender a demanda reprimida foi reforçada junto à equipe a necessidade do ACS de ampliar a busca ativa de idosos em situação de risco, identificando os indivíduos potencialmente vulneráveis, com acesso aos serviços de saúde prejudicado e em uso inadequado de medicamentos. Deste modo, através do diagnóstico territorial pelo ACS tem sido possível priorizar as visitas domiciliares para esses grupos.

No que se refere especificamente aos cuidados médicos, foi observado através da avaliação pormenorizada das condutas médicas anteriores, que as prescrições farmacológicas demonstravam que a população idosa estava sob o uso excessivo de medicamentos inapropriados, repetidos e desnecessários, além do que, muitos deles estavam em uso de polifarmácia. Com mais qualidade de tempo para um atendimento humanizado, têm sido possível reavaliar cada prescrição médica, realizar ajustes necessários, incluir a prática da desprescrição criteriosa, identificar e tratar novas condições clínicas, bem como identificar reações adversas aos medicamentos.

Muitos idosos da área de abrangência estavam polimedicados para o controle de doenças crônicas degenerativas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), além disso, não raramente possuíam a prescrição contínua de medicamentos analgésicos, antiácidos e antiinflamatórios. Uma parcela significativa dos idosos estava sob a prescrição médica desnecessária de antidepressivos e ansiolíticos, principalmente benzodiazepínicos e também de sedativos hipnóticos, como os antipsicóticos, muitos dos quais, em doses exacerbadas. Perceber essa realidade me causou grande angústia, e me despertou a necessidade de intervir frente à uma prática exclusivamente medicalizante e bastante prejudicial.

Os trabalhos de Alves; Ceballo (2017) e Alecrim et al., (2016) demonstram que os ansiolíticos da classe dos benzodiazepínicos são os medicamentos mais prescritos e frequentemente associados à polifarmácia em idosos. Apesar desse uso identificado, sintomas de depressão e ansiedade não constam entre as doenças mais prevalentes entre os idosos, fato esse que pode ser justificado pela dificuldade em assumir ou referir problemas emocionais ou psicológicos ou ainda, pela prescrição desnecessária dessa classe de psicofármacos (GORZONI; FABRI; PIRES, 2015).

De acordo com Almeida et al. (2017) a prescrição farmacológica para idosos no Brasil é inadequada, sendo frequentemente atribuída à falta de treinamento dos médicos prescritores em geriatria. Já Nascimento et al. (2017) afirmam que além de capacitação em prescrição geriátrica, prescritores na APS precisam conhecer as medidas preventivas em saúde, além de terapias alternativas e não farmacológicas e sugerem que a adoção de medidas simples como o registro de todos os medicamentos utilizados pelos indivíduos, incluindo plantas medicinais podem contribuir sobremaneira para a identificação e a prevenção do uso inadequado de medicamentos entre a população idosa.

Apesar de avançar para a melhoria da atenção à saúde dos idosos estratificados pela equipe, percebe-se que muito ainda precisa ser realizado. Estamos vivenciando a rotina de um serviço público de APS que avança lentamente nesta nova prática cotidianam, mas que já vem colhendo seus frutos. O acompanhamento humanizado e interdisciplinar dessa população tem nos permitido observar um aumento da taxa de adesão dos usuários aos atendimentos pré-agendados, um fortalecimento de vínculo entre os profissionais com os usuários, uma expressiva melhora nos índices de saúde desta população, a qual, nossa atenção vem sendo rigorosamente direcionada.

A busca ativa de idosos sem atendimento, seja por estarem acamados e impossibilitados de buscar atendimentos, seja por questões de negligencia familiar, ou ainda por não terem acesso social ou cognitivo tem se tornado, cada vez mais, uma prioridade para intervenção.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência da prática do diálogo dentro da equipe interdisciplinar e o diagnóstico conjunto das situações problema enfrentadas pela equipe da ESF da UBS Pioneiro II possibilitou a reorientação do processo de trabalho da equipe. Foi bastante produtiva e rica a intervenção proposta pelo profissional médico para o enfrentamento dos problemas da sua equipe, a qual têm permitido a construção conjunta de saberes que aperfeiçoam a atuação interdisciplinar. Observou-se que a elaboração diagnóstica e a construção de ações conjuntas, sempre pautadas no diálogo e na valorização individual, favoreceram um maior comprometimento e sentimento de pertencimento e co-responsabilização pelas ações de saúde no território.

Os primeiros encontros foram difíceis, uma vez que foi apresentada uma nova rotina de trabalho, o que provocou certas rupturas na dinâmica já existente e fez com que os profissionais tivessem que repensar seu papel enquanto membro de uma equipe de ESF. A partir de uma aproximação respeitosa e fazendo-os compreender a sua responsabilidade no cuidado foi possível vencer as barreiras inicialmente surgidas. Ao dar um lugar a estes profissionais, valorizando o importante papel de cada um, é possível aos poucos, colher os frutos dessa intervenção inicial. Além do mais, sensibilizar os membros da equipe e também outros profissionais da unidade para as mudanças propostas ainda se apresenta como um exercício cotidiano.

A identificação de situações problema também possibilitou a elaboração de um diagnóstico do modelo de atendimento ofertado à população geriátrica sob os nossos cuidados. Ao identificarmos os fatores dificultadores da promoção à saúde do idoso, como a baixa oferta de serviços em detrimento de uma demanda exacerbada, a medicalização pouco criteriosa, a dificuldade de acesso à UBS, existência de uma demanda reprimida e a escassez de recursos sociais no território, tornou-se possível coletivamente traçar estratégias que favoreceram a otimização das nossas ações junto aos idosos estratificados.

Ao identificar os riscos inerentes ao tratamento e estimular a prática do uso racional dos medicamentos pelos idosos, tenho cada vez mais se tem oferecido um atendimento pertinente as necessidade desta população, a fim de esclarecer, orientar e acompanhar este indivíduo, proporcionando a ele uma melhor qualidade de vida, contribuindo assim para o aumento das chances de sucesso terapêutico e redução de agravos.

Ainda há muitos desafios a serem alcançados, mas por hora é preciso reconhecer a capacidade desta equipe da ESF em se engajar e mostrar sua força de trabalho. Deste modo, é importante relatar essas bem-sucedidas experiências de intervenção, que demonstram a resiliência de profissionais e pacientes frente aos mais diversos problemas e contextos.

4. REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS:

ALECRIM, J.S., et al. Avaliação da farmacoterapia empregada em residentes de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 19, n.3, p.113-133, 2016.

ALMEIDA, E.A., MADEIRA, G.D., ARANTES, P.M.M., ALENCAR, M.A. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. **Rev Bras Geriatr Gerontol** [Internet] 2010 [acesso em 11 ago 2020];13(3):435-44. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v13n3/v13n3a10.p>

ALMEIDA, N.A., et al. Prevalência e fatores associados à polifarmácia entre os idosos residentes na comunidade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 143-153, 2017.

ALVES, N.M.C., CEBALLOS, A.G.C. Polifarmácia em idosos do programa universidade aberta à terceira idade / Polypharmacy in elderly at program university opened for seniors **J. Health Biol. Sci.**, v. 6, n. 4, p.412-418, 2018.

ANDRADE, M.V., et al. Brazil's Family Health Strategy: factors associated with programme uptake and coverage expansion over 15 years (1998-2012). **Health Policy Plan**, v. 33, n.3, p. 368-80, 2018.

ARRUDA, A.E. et al. Formação e Pesquisa em Saúde: Relato de Experiência na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.36, n.1, p.102-110, 2012.

ASSUNÇÃO, R.S. O Agente Comunitário de Saúde e sua prática no Programa de Saúde da Família do município de Divinópolis (MG) [dissertação de mestrado e Enfermagem]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2003. 167f.

BAHIA, L., SCHEFFER, M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. **Saúde debate**, v. 42, n. 3, p. 158-171, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.; il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)

CAÇADOR, B.S., BRITO, M.J.M., MOREIRA, D.A., REZENDE, L.C., VILELA, G.S. Being a nurse in the family health strategy programme: challenges and possibilities. **Rev Min Enferm**, v. 19, n.3, p. 612-26, 2015.

FERREIRA, L., BARBOSA, J.S.A., ESPOSTI, C.D.D., CRUZ, M. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019.

FERREIRA, S.R.S., PÉRICO, L.A.D., DIAS, V.R.F.G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Enferm**, v.71, n.1, p. 752-7, 2018.

FURLANETTO, D.L., PINHO, D.L., PARREIRA, C.M. Reorientation of human resources for health: a great challenge for the Brazilian National Health System. **Public Health**, v.129, n. 9, p. 1166-71, 2015.

GORZONI, M.L., FABRI, R.M.A., PIRES, S.L. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. **Rev Assoc Med Bras**, v. 58, n. 4, p. 442-6, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação. Brasil: IBGE; 2015

NASCIMENTO, R.C.R.M., et al. Polifarmácia: um desafio para a atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde. **Rev Saude Publica**, v. 51, n. 2, p.19, 2017.

OLIVEIRA, F.J.A., BERGER, C.B. Visitas Domiciliares em Atenção Primária à Saúde: Equidade e Qualificação dos Serviços. **Revista Mom. & Perspec. Saúde**, Porto Alegre (RS), v.9, n.2, p. 69-74, 1996.

PIRES, M.R.G.M., GÖTTEMS, L.B.D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Rev Bras Enferm**, v.62, n.2, p. 294-9, 2009.

SOARES, S.M., FERRAZ, A.F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Rev Enferm**, v. 11, n.1, p. 52-7, 2007.

TESSER, C.D., NORMAN, A.H., VIDAL, T.B. Acesso ao cuidado na atenção primária à saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde debate**, v. 42, n. 1, p. 361-378, 2018.

WHO. World Health Organization. Summary. World report on ageing and health [Internet].Geneva: WHO; 2015 [acesso em 19 set. 2020]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/1/WHO_FWC_ALC_15.01_eng.pdf?ua=1.

WICHMANN, F.M.A., COUTO, A.L., AREOSA, S.V.C., MONTAÑÉS, M.C.M. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Rev. Bras. Geriatr.** Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p. 821-832, 2013.

5. APÉNDICE