



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

STEPHANIE CRISTINA TAVARES FERREIRA

ENTENDIMENTO SOBRE INTEGRALIDADE

SÃO PAULO
2020

STEPHANIE CRISTINA TAVARES FERREIRA

ENTENDIMENTO SOBRE INTEGRALIDADE

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: ALINE FIORI DOS SANTOS FELTRIN

SÃO PAULO
2020

Resumo

O estudo teve como objetivo ampliar o conhecimento dos profissionais médicos, bem como, os demais profissionais que trabalham em conjunto com equipes da Unidade Básica de Saúde, de forma a refletir sobre a interface deste princípio nas relações procedimentais, através de experiências práticas do cotidiano laboral na UBS em Guarujá. Tem como fulcro, igualmente, a visão sistêmica e integral da assistência e sua interface no cotidiano laboral das equipes e atendimento holístico como prioridade nos serviços.

Palavra-chave

Equipe de Saúde. Unidade Básica de Saúde. Sistema Único de Saúde.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

No início dos anos 90, as discussões sobre mudanças de práticas da saúde estavam muito mais voltadas para o nível do aparato legal e da estrutura político-administrativa do SUS. Havia um nítido abismo entre os profissionais da saúde e pacientes, equipes do sistema de saúde pública e comunidades, bem como, entre os agentes e seus meios de trabalho. Hoje, a nossa realidade vem mostrando uma nova forma de trabalho unificado, onde ACS (agente comunitário de saúde) e todo restante da equipe (multidisciplinar) trabalham de forma rítmica, otimizando o processo de integralizar o atendimento ao paciente. (Silva,2008; Araújo, 2007)

Embasado na experiência junto a USAFA (Vila Edna /Guarujá), o maior “gargalo” encontrado foi a falta de coordenação da equipe de maneira ampla, as funções não são bem definidas e geridas, dando a falsa impressão de “cada um por si”, o que ocasionava o retrabalho e dificuldade em diagnosticar e iniciar o tratamento correto, obrigando o paciente a relatar por diversas vezes suas queixas e sintomas.

A dificuldade na coordenação é tão séria e burocrática, que um simples organograma de visitas domiciliares, envolvem mais de cinco pessoas, desde a verificação da demanda (via ACS), comunicação interna, abertura de prontuário, análise e triagem da gerência, nova análise e triagem da prefeitura para agendamento de motorista, retorno a gerência da USAFA para agendamento de visita médica e muitos outros.

Por conta da morosidade do processo acima, bem como, já narrado também sobre a solução “cada um por si”, muitas vezes ocorre duplicidade nas visitas, ou nem mesmo ocorrem, em muitos casos, quando chega a data da visita o paciente entrou em óbito.

Dados incompletos, falta de motivação da equipe (por conta da bagunça administrativa), ações esparsas e desordenadas, impossibilitam o alcance do tão almejado “Princípio da Integralidade”. Válido ressaltar que a cada 10 (dez) “feedbacks”, 07 (sete) se queixavam da desídia por conta do ACS em ouvir com calma e empatia as queixas da comunidade.

Percebendo a falha na auto-gestão do processo, estabelecemos como meta precípua, a capacitação da equipe, através de trabalho motivacional e reuniões com periodicidade quinzenal, para difusão dos objetivos do princípio da integralidade, com a utilização de palestras, fixação da importância na abordagem e trabalhos coordenados (dos profissionais envolvidos) discussão de casos com as equipes (entre ACS e médico responsável) dando velocidade e melhor tratamento, viabilizando relatórios em tempo real, fazendo com que o prontuário de cada família, se transformasse em uma espécie de diário, com detalhamento de conteúdo a cada visita, isso permitiu um aumento significativo no trabalho da nossa equipe, sabemos que há muito ainda que desenvolver quanto ao trabalho unificado e ao cuidado integral dos pacientes, porém já vimos melhoras relevantes.

ESTUDO DA LITERATURA

Na prática da atenção básica, a integralidade constitui-se no cotidiano do trabalho por meio das interações que acontecem entre o usuário e profissionais da saúde pública. A Constituição Federal de 1988, no artigo 198, cita que o Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado segundo algumas diretrizes, tais como: - descentralização;- atendimento integral; - participação da comunidade. (BRASIL,1996)

A chave mestra da integralidade está no trabalho preventivo, porém uma vez verificada a necessidade de acompanhamento médico, a amplitude do princípio é tamanha, que engloba como responsabilidade do Sistema de Saúde a obrigatoriedade em prestar atendimento amplo aos cidadãos, promovendo o tratamento até a reabilitação. A integralidade é o próprio caminho, que vai transformando as pessoas e construindo algo melhor. Busca por uma assistência ampliada e transformadora centrada no indivíduo holisticamente de maneira igualitária, sem qualquer acepção de pessoa. Além do atendimento integral, envolve a valorização do cuidado e acolhimento. É um termo com diferentes sentidos e usos. Na ótica dos usuários a mesma tem sido associada ao tratamento digno, um termo nobre do aspecto humanístico do princípio, que permite iluminar as relações, tendo em vista a existências destas no cotidiano das instituições, onde saberes e práticas interagem entre si, continua e reiteradamente. (Fracolli,2010)

A busca pela construção de prática na atenção integral à saúde deve estar inserida no cotidiano de toda a equipe multidisciplinar, ou seja, cada caso é um caso, cada atendimento prestado sendo visto individualmente, buscando assistência qualificada e atenta, que atenda o indivíduo como um todo, respeitando seus direitos, garantias e valores. A integralidade da assistência é o alicerce para o alcance de uma melhor qualidade das ações e serviços voltados para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. A partir deste contexto, objetivou-se a análise acerca da equipe e do trabalho da integralidade na saúde, de forma a refletir sobre a interface deste princípio nas relações de trabalho dos profissionais envolvidos. Desta forma, este estudo justifica-se na medida da necessidade de reflexão por parte dos profissionais acerca da integralidade, como um caminho para que a mesma possa estar verdadeiramente inserida na qualidade da assistência prestada aos usuários, que procuram atendimentos nas Unidades Básicas de saúde. (Saúde,2017)

Segundo os Princípios do SUS a Integralidade é o princípio que considera a pessoa como um todo, atendendo a todas as necessidades, desde a saúde bucal até procedimentos mais complexos, tal como um eventual transplante de órgão. Para isso é importante a integração harmônica das ações, incluindo prevenção de doenças, promoção, tratamento e a reabilitação da saúde. Juntamente ao princípio da integralidade, intrinsecamente, pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para, assim, assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida de cada indivíduo. (CONASS,2011)

AÇÕES

Embasado em nossa análise, a importância do conhecimento tanto teórico quanto prático que adquirimos durante todo o processo, concluímos que a interface entre o trabalho unificado (pela equipe multidisciplinar) e a abordagem integral efetivamente aplicada, é uma condição *“sine qua non”* para alcançarmos com profundidade a intenção etimológica do princípio da integralidade. Ainda mais, interpretando panoramicamente o momento em que estamos vivenciando, onde uma pandemia instalou uma crise emergencial em todo sistema de saúde, descortinando uma dura realidade do nosso inoperante e falido sistema de saúde, aonde o processo da abordagem integral vem se mostrando indispensável, o escutar empático, esclarecer e examinar tem se mostrado um grande diferencial no controle da saúde pública de forma muito significativa. A integralidade continua sendo um tema que ainda discutiremos muito, até que seja totalmente compreendido e aplicado por todos os envolvidos no processo. Entendemos que dentro dela existe a necessidade de maior empatia aos pacientes e suas queixas, escutar mais e estar mais atento demonstrando total atenção ao indivíduo, estar presente *“de corpo e alma”* a cada passo junto ao paciente.

Na prática podemos aplicar: 1) Organização de trabalho.

2) Orientação de trabalho.

3) Discussão de grupo com estudos de casos.

Para resolução de casos e melhor abordagem.

RESULTADOS ESPERADOS

Diante do exposto, percebemos que o trabalho integral é a quebra da barreira e abismo entre a Equipe de saúde e pacientes, a maneira na qual abordamos, escutamos, tratamos e cuidamos deste faz toda diferença em seu prognóstico, principalmente na região geográfica (comunidade) onde a UBS está instalada. Além destes, percebemos também, o aumento significativo no conhecimento cotidiano da população da referida região, ocasionando, automaticamente, otimização na base de dados, para geração e conseqüente análise dos relatórios gerenciais, com índices precisos, viabilizando trabalho refinado de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Aumento sinérgico do labor em equipe, através de ações sistêmicas bem definidas, ou seja, cada um sabe exatamente o que e quando faz, alcançando assim, um número maior de famílias em reduzido espaço de tempo, sem retrabalhos. Maior unificação da equipe, conseguindo alcançar mais famílias na rede de assistência.

Concluimos, assim, que a perfeição ainda está muito distante, mas o ponto de virada se encontra no cuidado e atenção com os envolvidos, humanamente falando, não apenas do paradigma do paciente, mas também, na capacitação e demonstração do caminho a ser trilhado pelos servidores da saúde pública no processo de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. A desburocratização, com aumento de autonomia e repasses às UBS, também são de grande valia, uma vez que a necessidade do envolvimento de muitas pessoas e setores para ações rápidas transformam algo que deveria ser ágil (afinal a enfermidade não espera) em um processo lento e demorado. Fica nas pessoas, respeito aos passos procedimentais com autonomia administrativa e empatia globalizada serão o toque de medidas para um SUS operante e integral.

REFERÊNCIAS

- ♦ Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução 196/196, Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/hcpa/gppg/res19696.htm>
- ♦ Fracolli LA, Zaboli ELP, Granja GF, Ermel RC; Conceito e Prática da integralidade da atenção Básica; Rev Esc Enferm USP 2011; 45(5):1135-41. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a15.pdf>. Acesso em: 20 de abr. de 2020.
- ♦ Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. Rev Esc Enferm 2008;42(1);48-56.
- ♦ Araújo MBS, Rocha PM; Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família; Ciênc. saúde coletiva, v.12, n.2; Rio de Janeiro: mar/abr/2007, 2007.
- ♦ Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1).