



PESQUISA

A percepção dos profissionais da Atenção Básica acerca da integralidade na assistência*The perception of the professionals of the Basic Attention concerning the completeness in the assistance**Percepción de los profesionales de Atención Primaria sobre la atención integral*Claudia Maria Sousa de Carvalho¹, Fabíola Kelly da Silva², Juscelino da Costa Oliveira Júnior³, Valdinesa Mendes Pinheiro⁴**RESUMO**

Objetivou-se com este trabalho compreender a percepção dos profissionais da Atenção Básica quanto à Integralidade; identificar em que momento a prática de cuidado integral é desenvolvida pelos profissionais da Equipe Saúde da Família e discutir as práticas de integralidade dos profissionais de saúde na Atenção Básica. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa realizado em Unidades Básicas de Saúde no município de Teresina - Piauí. Teve como sujeitos médicos/ enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O instrumento de coleta de dados foi através de entrevista semi-estruturada. Após a coleta, os dados foram distribuídos em categorias de análise destacando as diversas dimensões obtidas. Nos resultados apresentou-se uma análise geral do perfil dos participantes investigados e, posteriormente, os dados das entrevistas foram divididos em três categorias: a visão holística do usuário, a visita domiciliar como prática do cuidado integral e a fragmentação da assistência. Percebeu-se que muitos possuem um conhecimento equivocado, limitado e desvinculado do preconizado pelo SUS. Constatou-se que a visita domiciliar possui um grande potencial enquanto instrumento de assistência à saúde. Percebe-se que enquanto existirem divisões de trabalho dentro da mesma equipe, o usuário continuará sofrendo as consequências de condutas isoladas dos profissionais. **Descritores:** Assistência integral à saúde. Atenção primária à saúde. Percepção.

ABSTRACT

The objective of this work was to understand the perception of Primary Care professionals regarding Completeness; identify at what time the practice of integrated care is developed by professionals in the Family Health Team and discuss the completeness practices of health professionals in primary. This is a qualitative study. The research developed in Basic Health Units in the city of Teresina - Piauí. Had subjects as doctors, nurses, nursing assistants and community health workers. The instrument for data collection was through semi-structured interviews. After collection, the data were divided into categories of analysis highlighting the various dimensions obtained. In the results we present an overview of the profile of the participants investigated and subsequently present the data from the interviews were divided into three categories: a holistic view of the user, Home visits and practice of comprehensive care and fragmentation of care. We notice that many have mistaken knowledge, limited and unrelated to the one recommended by SUS. We found that Home visits has great potential as a tool for health care. We realize that while there are divisions of labor within the same team, you will continue to suffer the consequences of isolated conduits of professionals. **Descriptors:** Integral assistance to the health. Attention greets primary. Perception.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue conocer la percepción de los profesionales de Atención Primaria sobre Integridad, identificar en qué momento la práctica de la atención integrada ha sido desarrollado por los profesionales del Equipo de Salud Familiar y discutir las prácticas de integridad de los profesionales sanitarios en la enseñanza primaria. Se trata de un estudio cualitativo. La investigación desarrollada en Unidades Básicas de Salud en la ciudad de Teresina - Piauí. Los sujetos tenían como médicos/enfermeras, auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud. El instrumento de recolección de datos fue a través de entrevistas semi-estructuradas. Después de la recolección, los datos se dividen en categorías de análisis que destacan las diversas dimensiones obtenidas. En los resultados se presenta una visión general del perfil de los participantes investigados y posteriormente se presentan los datos de las entrevistas se dividen entres categorías: una visión holística del usuario, visitas a domicilio y la práctica de la atención integral y la fragmentación de la atención. Se observó que muchos han confundido el conocimiento, limitado y sin relación con la recomendada por el SUS. Se encontró que las visitas domiciliarias tiene un gran potencial como una herramienta para el cuidado de la salud. Nos damos cuenta de que, aunque hay una división del trabajo dentro del mismo equipo, usted seguirá sufriendo las consecuencias de conductos aislados de los profesionales. **Descritores:** Asistencia Integral de Salud. Atención Primaria de Salud. Percepción.

1. Enfermeira. Mestre em Políticas Públicas pela UFPI. Professora da graduação do Centro Universitário UNINOVAFAPI. E-mail: cmcarvalho@uninovafapi.com.br. 2. Enfermeira. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Teresina. Especialista em Saúde da Família pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. E-mail: f.ksilva@yahoo.com.br. 3. Enfermeiro. Especialista em Urgência e Emergência pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. E-mail: juscelinojr@bol.com.br. 4. Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. E-mail: ladyval2008@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Para Machado et al. (2007), a discussão acerca da promoção da saúde foi fortalecida no cenário mundial através de documentos internacionais, como a Declaração de Alma Ata¹ e Carta de Ottawa², as quais lançaram novas propostas de redefinição das políticas públicas, direcionando um novo olhar para o contexto da saúde. Nesta perspectiva, as ações de promoção da saúde devem ser empreendidas por meio de um movimento articulado de políticas sociais que respondam aos problemas dos grupos populacionais nos diversos países.

Ainda para as autoras acima citadas, esse momento político, foi pautado em reivindicações mobilizadoras baseadas na necessidade popular de reconstruir uma estrutura normativa que atendesse às reais necessidades da população nas questões de saúde enquanto direito de cidadania. Neste cenário, surge uma concepção integradora, alvo de grandes revoluções diante da compreensão holística do processo saúde-doença. Desta maneira, a luta pela reforma sanitária contribuiu para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como um processo social e político que requer um ambiente democrático para a sua construção no cenário da reforma sanitária.

Campos (2003) considera que o SUS recebeu heranças, em décadas de estruturação do setor saúde, da cultura organizacional do antigo modelo biomédico, dos diversos interesses financeiros e comerciais incompatíveis com o interesse público, e das práticas médicas fragmentadas e descontextualizadas da realidade

¹ Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de 1978 realizada em Alma Ata, no Kazaquistão que resultou na adoção de uma Declaração que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais (MENDES, 2004).

² Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986 na cidade de Ottawa Canadá que aprovou a Carta que contem as orientações para atingir a Saúde para Todos no ano 2000 e seguintes (MENDES, 2004).

A percepção dos profissionais da Atenção Básica...

dos cidadãos; portanto, há uma contradição entre as conquistas sociais estabelecidas pela lei e o que efetivamente ainda é vivenciado pelos usuários. Várias propostas de alterações nos processos organizativos dos serviços de saúde foram esboçadas; entretanto, consistiam em projetos fragmentados e gerando resultados que não correspondem aos anseios da população.

Dentre os princípios do SUS que se propõe a desenvolver uma assistência voltada para as necessidades dos usuários, destaca-se a integralidade como sendo o maior desafio da saúde pública no Brasil. Campos (2003) ainda afirma que o conceito de integralidade é um dos pilares de sustentação do SUS para garantir a qualidade da atenção à saúde.

A questão da integralidade representa o maior desafio na sua aplicação em saúde, não como questão institucional, já que integrar na esfera que contém a política pública e a esfera da ação pública, onde ocorre a prestação de serviços, não é exatamente algo novo. A novidade desta questão está no desafio cultural de romper com formas historicamente solidificadas e de se entender as realizações técnicas de acordo com padrões de intervenção em saúde já tornadas tradição (BRASIL, 2008).

De acordo com Campos (2003), com a implantação dos programas de saúde, baseada nas experiências desenvolvidas com determinadas especialidades de cada área, acarretou uma fragmentação no trabalho desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A importância do exercício da integralidade nas ações da equipe de saúde da família nos processos do cuidar dá-se no fato de que o indivíduo é um ser humano, social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida. Desta forma, o atendimento deve abranger a saúde do indivíduo como um todo e não somente direcionado para sua doença. Isto exige que o atendimento seja feito também para

Carvalho, C. M. S. et al.

erradicar as causas e reduzir os riscos, além de tratar os danos.

Desta forma, o estudo tem o objetivo de compreender a percepção dos profissionais da Atenção Básica quanto à Integralidade; identificar em que momento a prática de cuidado integral é desenvolvida pelos profissionais da Equipe Saúde da Família e discutir as práticas de integralidade dos profissionais de saúde na atenção básica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo explicativo de abordagem qualitativa em saúde. A pesquisa qualitativa é caracterizada por Richardson (1999) como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados. A pesquisa foi desenvolvida em duas Unidades Básicas de Saúde selecionadas aleatoriamente no município de Teresina - Piauí.

Utilizou-se como critérios de inclusão na pesquisa: ser profissional do PSF e aceitar participar da pesquisa. O número de entrevistas obedeceu ao critério da saturação, onde foi interrompida a inclusão de novos participantes quando os dados passaram a apresentar certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na construção dos dados.

A população a ser investigada inicialmente era constituída de 32 sujeitos, entretanto, o universo da pesquisa foi definido por 18 sujeitos, sendo seis enfermeiras, quatro auxiliares de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde. (ACS). Inicialmente, médicos também faziam parte do grupo de sujeitos, por serem integrantes da equipe de saúde, mas nenhum profissional da categoria concordou em participar do estudo, alegando falta de tempo e desinteresse pelo tema.

O instrumento de escolha para construção de dados foi a entrevista semiestruturada. Para R. Interd. v. 7, n. 2, p. 18-27, abr. mai. jun. 2014

A percepção dos profissionais da Atenção Básica...

construção dos dados, foi utilizado um roteiro contendo duas partes: a primeira, com questões fechadas, que permite traçar o perfil do sujeito, e a segunda composta de questões abertas, diretamente relacionadas com o objeto e objetivos do estudo. E para o registro das falas foi utilizado um gravador. E posteriormente, as respostas foram transcritas na íntegra em forma de texto.

Esta pesquisa foi submetida inicialmente à Coordenação de Ações Assistenciais da Fundação Municipal de Saúde (FMS) após autorizada, foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí. Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando em participar do estudo voluntariamente, conforme preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Após a coleta, os dados foram distribuídos em categorias de análise para destacar as diversas dimensões obtidas. Esta pesquisa utilizou a análise temática para o tratamento dos dados à luz do referencial teórico de Minayo (2006). Segundo essa autora, a análise desenvolve-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados.

A análise dos dados possibilitou a organização das entrevistas em três categorias: a visão holística do profissional da atenção básica, a visita domiciliar como prática do cuidado integral e fragmentação da assistência. Sendo que esta última foi dividida em duas subcategorias: atenção centrada na doença e na terapêutica, divisão do trabalho dentro da própria equipe.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

A primeira parte do instrumento de coleta de dados permitiu traçar o perfil dos sujeitos da pesquisa. Assim dos deztoitos entrevistados, doze eram do sexo feminino e seis do sexo masculino. A

Carvalho, C. M. S. et al.

faixa etária dos entrevistados variou de 20 a 50 anos e o tempo de atuação profissional dos sujeitos esteve no intervalo de dois a vinte anos, conforme demonstração no quadro 01. Quanto à formação profissional, os entrevistados foram constituídos de seis enfermeiras, quatro auxiliares de enfermagem, oito agentes comunitários de saúde. Dentre os entrevistados, não houve a participação de nenhum médico, pois nenhum profissional dessa categoria concordou em contribuir com o estudo, demonstrando falta de integração com os demais membros da equipe.

Quadro 1 - Demonstrativo do perfil dos profissionais que participaram do estudo, segundo a idade e tempo de atuação na Atenção Básica.

Faixa etária	N ^o	Tempo de atuação	N ^o
20 - 29 anos	08	2-6 anos	07
30 - 39 anos	07	7-10 anos	07
40 - 50 anos	03	11-20 anos	04
TOTAL	18		18

Fonte: Pesquisa Direta.

A segunda parte da entrevista foi compreendida por perguntas abertas onde foram questionados sobre o que eles entendiam a respeito da integralidade e em que momento prático o cuidado integral era realizado.

A visão holística do profissional da Atenção Básica

A pesquisa revelou que parte dos entrevistados demonstra ter conhecimento mais amplo acerca de integralidade na assistência. Em seus relatos questionaram sobre a abordagem biopsicossocial do usuário, não se voltando apenas para o atendimento sintomatológico do mesmo, se referiam à integralidade como uma visão holística do paciente, como se pode observar nos relatos a seguir:

“O princípio da integralidade é a maneira como a pessoa é avaliada na unidade de saúde levando em conta desde o aspecto do sintoma da doença, avaliando toda a família, a situação de moradia, o relacionamento dela com os demais, considerando os aspectos gerais”(entrevistado 02 - ACS).

A percepção dos profissionais da Atenção Básica...

“Para mim é ver o ser humano como um todo, é ver o paciente, cliente, como um todo, ver o físico, psíquico, o social e atender ele nessas três vertentes, eu acho o termo integralidade muito parecido com o holismo, porque o holismo na verdade é ver o ser humano como um todo e na integralidade também é ver o total do ser humano” (entrevistado 06 - Enfermeira).

Na integralidade, a maneira de abordar o indivíduo e entendê-lo baseia-se na teoria holística, onde o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado por seus aspectos físico, psicológico e social, ou seja, avaliados separadamente. Esse modelo de assistência proporciona tanto o bem-estar físico como mental e ambiental, possibilitando a atuação do profissional (PINHO, SIQUEIRA; PINHO, 2006).

Os depoentes detinham uma percepção mais complexa do tema, referiram-se à integralidade como um conjunto amplo de ações, um acompanhamento ampliado e diferenciado dos indivíduos, não apenas restrito à consulta

“A questão da integralidade é a questão de atender o usuário de maneira integral, não vendo somente como um doente, ver desde as suas necessidades [...] a questão da educação continuada, a gente precisa de tudo, a gente precisa trabalhar a questão da intersectorialidade [...] às vezes você tem que encaminhar pra questão da saúde mental que nem sempre depende da gente [...] promover ações de prevenção e de promoção, acho que a gente deve está vendo tudo isso casado ao mesmo tempo” (entrevistado 05 - Enfermeira).

Serra (2003) compreende que o conceito de integralidade baseia-se na garantia do direito de acesso às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade e que se realiza, na prática, no acesso aos serviços básicos e na construção de sistemas de referência e contra-referência.

Apesar das mudanças do sistema, muitos problemas ainda persistem, os entrevistados comentam as dificuldades e limitações que existem na atenção básica, comentam sobre a escassez de recursos humanos, que a fragmentação do trabalho ainda é realizada e

Carvalho, C. M. S. et al.

chegam até idealizar como se deveria ser na realidade:

“O ideal seria que fosse desde o início, em todos os momentos [...], ao fazer a visita domiciliaria você já podia está vendo esse indivíduo como um todo e não em partes, no atendimento dessa pessoa, no posto de saúde, nas palestras, no momento da consulta não é? então a gente já poderia está vendo essa integralidade em todos esses momentos.” (entrevistado 05 - Enfermeira).

“No meu modo de ver isso não acontece não, é enfermeiro para um lado, médico para o outro, ACS para outro, então a coisa não funciona dessa forma[...] a coisa funciona um por si e Deus por todos[...] pode funcionarem outras equipes da cidade, mas na nessa mesma... não estou vendo isso não, principalmente da parte superior da coisa” (entrevistado 10 - ACS).

A grande quantidade de famílias atendidas na atenção básica aliada ao reduzido número de profissionais dificulta o trabalho na área, tendo muita gente para uma só equipe se torna difícil o acompanhamento do cliente como deveria ser feito. Dificuldades na marcação de consultas e exames especializados ainda é um grande problema, assim como referência e contra referência, entre outros.

O primeiro desafio rumo ao atendimento integral é reestruturar a forma como os distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde trabalham até os dias de hoje. A mudança das práticas de saúde deve ocorrer em dois níveis. No nível institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde e no nível das práticas dos profissionais de saúde, determinantes do processo de estruturação da praticas integrais à saúde (MATTOS, 2001).

A Visita Domiciliaria como prática do cuidado integral

Ao serem questionados sobre em que momento o cuidado integral na Atenção Básica é realizado, os depoentes associavam as visitas domiciliaria como essencial no trabalho da equipe

A percepção dos profissionais da Atenção Básica...

dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF) para a realização do cuidado de forma integral, fato que pode ser observado nos seguintes depoimentos:

“É no momento em que a gente faz as visitas que a gente ver a situação das pessoas, [...] entra na intimidade delas, é quando a gente conhece fatores sociais daquela pessoa, você consegue entender melhor e encontrar muitas vezes a raiz dos problemas” (entrevistado 01 -ACS).

“A partir do momento da visita do agente comunitário de saúde, [...] em todos os momentos do PSF eu acredito que acontece isso, até pelo fato de que quem trabalha no PSF não conhece o cliente à distância, a gente está dentro da casa dele sempre que precisa” (entrevistado 07 - ACS).

“[...]mas ainda tem casa que a gente passa e ainda continua a mesma coisa, mesmo a gente falando, todo dia, toda vez que agente faz visita, agente diz, você tem que ajeitar a casa, tem que coletar o lixo, tem que limpar as crianças, sabe agente faz esse tipo de orientação, mas as pessoas as vezes não querem, então é um trabalho, muito contínuo, de persistência , porque é aos poucos que a gente vai vendo resultado, mas agente ver” (entrevistado 10 - ACS).

Souza, Lopes e Barbosa (2004) afirmam que a visita domiciliaria é um dos instrumentos mais indicados à prestação de assistência à saúde, do indivíduo, família e comunidade e deve ser realizada mediante processo racional, com objetivos definidos e pautados nos princípios de eficiência. Apesar de antiga, a visita domiciliaria traz resultados inovadores, uma vez que possibilita conhecer a realidade do cliente e sua família *in loco*, contribui para a redução de gastos hospitalares, além de fortalecer os vínculos entre cliente, a terapêutica e o profissional.

De acordo com Andrade e Lobo (2007) no Brasil, de 1890 até 1923 as visitas sanitárias eram realizadas por agentes leigos, que assistiam à população baseados em conhecimento empírico, sem organização e controle formal. Afirmam que na década de 20, houve uma modernização da saúde pública brasileira, o governo instituiu no país um processo de estruturação da enfermagem como uma profissão, a princípio como visitadoras

Carvalho, C. M. S. et al.

de saúde e, posteriormente passaram a serem chamadas de enfermeiras visitadoras.

Omizzalo (2006) elenca como vantagem propiciada pela visita domiciliar, um maior conhecimento sobre a realidade dos indivíduos e família, ao serem acompanhados no contexto em que estes estão inseridos, favorece uma atenção integral em saúde pela identificação mais próxima das relações familiares e de um conhecimento mais sólido das condições de saúde da comunidade.

Outro aspecto evidenciado durante as entrevistas foi a necessidade de ter um bom relacionamento com a comunidade para que haja confiança na relação com os profissionais para uma assistência com qualidade, focalizando diversas vertentes na prestação do cuidado, fato que pode ser observado nos depoimentos a seguir

“Ao fazer a visita você já podia está vendo esse indivíduo como um todo, não visto em partes, a gente já podia está vendo essa questão na visita domiciliar [...] é importante que a gente tenha empatia com a comunidade, pra eu ter aquela segurança em você, pra que você na medida do possível possa, tente resolver os problemas das pessoas dentro da complexidade que é a atenção básica” (entrevistado 05 - Enfermeira).

“Independente de ter amizade tem que ter confiança, o importante é isso, você chegando no consultório médico, se você não confia no médico, você não tem coragem de chegar para ele e dizer o que realmente sente, fica complicado se você não confia, mas no PSF não, eles confiam nas enfermeiras, [...] elas vão e falam até da vida pessoal delas, procurando uma orientação [...]”(entrevistado 7 - ACS).

Giacomazzi e Lacerda (2006) remetem a assistência domiciliar à saúde como forma de transpor as práticas institucionalizadas da saúde, visando construir uma nova ação profissional com base na inserção dos profissionais de saúde no local de vida, nas interações e relações dos indivíduos, em sua comunidade e, principalmente, em seu

A percepção dos profissionais da Atenção Básica...

domicílio, passando a considerar o contexto domiciliar das famílias.

Fragmentação da Assistência

Observamos que a fragmentação da assistência ainda vigora e mesmo com todas as reformas e programas instituídos, ainda permanece fracionada, pois se torna necessário uma conscientização, uma reestruturação na maneira de agir e pensar dos profissionais que lidam com a saúde para mudar essa realidade.

Para Rodrigues, Lima e Roncalli (2008) o modelo de atenção hegemônico, vigente, centrado na concepção médico-curativa, tem por finalidade a produção da cura, orientada pela fragmentação dos procedimentos, a tecnificação da assistência e a mecanização dos atos. Já um modelo assistencial produtor de saúde deve tomar por base a produção do cuidado, com ênfase no trabalho em equipe, na humanização da assistência e na ética da responsabilidade: o grande desafio para o ser humano é combinar trabalho com cuidado, eles não se opõem, mas se compõem. Limitam-se mutuamente e ao mesmo tempo se complementam. Juntos constituem a integralidade da experiência humana, por um lado, ligada à materialidade e, por outro, à espiritualidade.

Devido à diversidade de casos em que observamos a fragmentação subdividimos esta categoria em duas subcategorias: atenção centrada na doença e na terapêutica e divisão do trabalho dentro da própria equipe.

Atenção centrada na doença e na terapêutica

Os profissionais da área de saúde, em especial o médico, buscam, a todo instante se especializarem, dividindo o corpo em partes de tal forma que não conseguem vê-lo funcionando

Carvalho, C. M. S. et al.

como um todo. A necessidade de empatia entre o paciente e o médico, a relação de confiança é fundamental para a resolutividade da questão, como se observa nos relatos dos outros membros da equipe:

“O médico na maioria das vezes não olha para o paciente direito, vai logo perguntando o que ele sente e passando o remédio para aquela doença e pronto, na minha opinião ele tinha que olhar todo o resto do paciente, conversar com ele, saber como ele vive em casa, se tem o que comer, como são as condições de vida dele, essas coisas” (entrevistado 14 - Auxiliar de Enfermagem).

“A pessoa vem na unidade de saúde, ela vai avaliada só por um determinado sintoma que ela apresente, mas ela não é avaliada sobre os outros sintomas” (entrevistado 02 - ACS).

“Muitas vezes o médico, por exemplo, vem atende uma pessoa e ver aquele problema, mas ele não tem tempo para ver tudo sobre a pessoa e passa o medicamento, resolve aquele problema mas provisoriamente, e muitas vezes o problema retorna [...] e na área da saúde, nós agentes de saúde temos a possibilidade de descobrir além do problema” (entrevistado 01 - ACS).

O médico muitas vezes só está preparado para cuidar do paciente, quê não é um homem em sua visão, e sim, um corpo humano. Diante disso, se defronta, na vida real, com um homem que tem um corpo que sofre, e este corpo está reagindo fisiologicamente a uma série de influências concretas do tipo emocional, cultural e moral.

Os aspectos evidenciados pelos entrevistados indicam que esse modelo limitado à patologia está ultrapassado, embora vigore atualmente na maioria das assistências. A ideia é avaliar também os aspectos ligados às emoções, à família e ao ambiente no qual ela vive, como profissão e hábitos, é necessário estabelecer uma confiança entre médico e paciente, de tal forma que a visita domiciliar e/ou consulta se transforme em algo prazeroso para ambas as partes.

A percepção dos profissionais da Atenção Básica...

Divisão do trabalho dentro da equipe

Vários são os conceitos para o trabalho em equipe, o certo é que deveria haver um propósito comum e que juntos pudessem se comunicar, compartilhar e consolidar conhecimentos para que planos fossem feitos, decisões futuras influenciadas e ações determinadas de forma a atender o usuário da atenção básica de forma integral. Evitando com isso, a divisão de trabalho desarticulando e provocando interdependência nas ações entre os profissionais, como pode ser observado nos seguintes depoimentos:

“Os profissionais que trabalham na equipe de saúde eles trabalham de forma individual, pelo menos é o que eu percebo e vejo no serviço de saúde onde eu trabalho, onde eu atuo como profissional, [...] o médico, ele se preocupa apenas em realizar consulta, a consulta médica não é? Não se envolve com os problemas da equipe, a dentista na maioria das vezes desempenha seu trabalho sozinha, faz suas palestras e não há um envolvimento entre médico, enfermeiro e odontólogo, e a equipe como um todo” (entrevistado 08 - Enfermeira).

“No meu modo de ver é, como o nome já está dizendo é integração é a reunião de todos numa equipe, e a gente vai ver como é que a coisa está andando, não é? Mas, no meu modo de ver isso num acontece não, é enfermeiro para um lado, médico para outro, agente para outro, então assim a coisa num funciona dessa forma, e quem está lá fora está precisando da gente e a coisa funciona cada um por si e Deus por todos [...] (entrevistado 12 - ACS).

Pinho (2006) destaca a existência de diferentes percepções de trabalho em equipe dependendo da afiliação profissional de cada membro e do processo de socialização profissional, experiências pessoais e crenças. Enfatiza que médicos e enfermeiros advogam o uso do trabalho em equipe por diferentes razões.

O autor supracitado afirma ainda que os médicos tendem a ver os enfermeiros como assistentes, apresentam e encorajam a formação do trabalho em equipe tendo o pessoal de enfermagem como subordinados. Em contraste, os enfermeiros visualizam o trabalho em equipe

Carvalho, C. M. S. et al.

como a promoção de um acesso direto no cuidado ao paciente e como um meio de ganhar status e percebem a formação da equipe como um encorajamento de um colegiado com os médicos.

A falta de integração na equipe pode ser observada no depoimento a seguir:

“Aqui a gente até tenta fazer se reunir para fazer as coisas juntos mas, não é fácil, tem gente aqui que se acha muito superior, é cada um para um lado, ninguém quer nem falar com a gente direito, aí fica difícil a gente trabalhar desse jeito” (entrevistado 17 - Auxiliar de Enfermagem).

Diversos são os fatores que contribuem para essa desarmonia a intensa divisão do trabalho, por exemplo, pode ser considerada referência para definição de papéis e responsabilidades, e também utilizada como meio de distribuição de poder e influência, sendo responsável pelo distanciamento entre os profissionais. Há ainda intenso processo de especialização, prejudicando também o funcionamento organizacional, provocando uma análise parcial e fragmentada da realidade.

Para Pinho (2006), cada membro da equipe deve familiarizar-se com os conceitos e aproximar-se de seus colegas para ser capaz de assumir porções significativas dos papéis dos outros, dominando áreas de competências sobrepostas e compartilhando responsabilidades.

CONCLUSÃO

Ao longo do estudo percorremos diversos caminhos buscando compreender a percepção dos profissionais envolvidos acerca da Integralidade na Estratégia de Saúde da Família.

No que se refere ao entendimento dos profissionais acerca da integralidade percebeu-se que muitos possuem um conhecimento equivocado, limitado e desvinculado do preconizado pelo SUS. Constatamos que a visita domiciliar possui um grande potencial enquanto

A percepção dos profissionais da Atenção Básica...

instrumento de assistência à saúde, para que as ações de promoção se efetivem, e, que ela pode ser vista como propulsora da integralidade da assistência à saúde. Contudo, reconhecemos a carência de reorientação, tanto das práticas profissionais, quanto dos olhares da formação acadêmica, e das questões estruturais relacionadas às ações políticas.

Percebemos ainda que o exercício da integralidade, tantas vezes esquecido, possui uma tentativa de ser realizado durante a visita domiciliar ao estabelecer durante tal prática uma relação satisfatória entre o sistema de saúde e o usuário, mudando relações de poder entre estes e os profissionais. A realização desta visita vai além de uma relação de cordialidade, é através dela que são realizadas diversas intervenções articuladas entre serviços curativos e preventivos, o indivíduo é avaliado sobre diversas dimensões inseridas no seu próprio contexto, nas suas condições sociais, econômicas e culturais.

Constatamos que a visita domiciliar possui um grande potencial enquanto instrumento de assistência à saúde, para que as ações de promoção se efetivem, e, que ela pode ser vista como propulsora da integralidade da assistência à saúde. Contudo, reconhecemos a carência de reorientação, tanto das práticas profissionais, quanto dos olhares da formação acadêmica, e das questões estruturais relacionadas às ações políticas.

Dentro das rotinas das unidades básicas de saúde deveria haver um programa de educação continuada para promover eventos regulares abordando a questão das premissas da atenção primária a saúde, em especial a integralidade para melhoria da assistência. Essa sensibilização para o tema deveria iniciar já na sua formação profissional, incluindo as diretrizes da saúde pública na grade curricular a qual deveria proporcionar aos futuros profissionais uma teoria

Carvalho, C. M. S. et al.

aliada a prática que contemple a totalidade do cuidado.

Observamos no contexto da atenção básica as barreiras comunicacionais, a dominância da profissão médica, o não compartilhamento por parte de todos os integrantes que fazem parte de uma equipe multidisciplinar, pelo fato de ficarem presos ao seu grupo de referência.

Enquanto existirem essas divisões de trabalho dentro da mesma equipe, o usuário continuará sofrendo as consequências dessas condutas, os profissionais se limitando e não permitindo o enriquecimento na maneira de agir, ver o paciente e se aprimorar.

Como profissionais de saúde temos a necessidade de formular e implementar políticas públicas com significado na vida da população, na organização das práticas de atenção e na transformação da educação em saúde em todas as instâncias do SUS. Os compromissos com o eixo da integralidade na mudança da formação de trabalhadores da saúde virão dos vários elementos que se comprometerem com a temática, principalmente aqueles que estão diretamente ligados com a formação de recursos humanos como: docentes, dirigentes de ensino, estudantes, gestores de educação e gestores do SUS.

REFERÊNCIA

ANDRADE, M.; LOBO, E. L. A importância da visita domiciliar para o idoso portador de doença crônica após a alta hospitalar. *Informe-se em promoção da saúde*, v.3, n.2.p.12-14, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Integralidade da Atenção à Saúde*. Brasília (DF): MS, 2008.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2003, v. 8, n. 2, p. 569-584.

R. Interd. v. 7, n. 2, p. 18-27, abr. mai. jun. 2014

A percepção dos profissionais da Atenção Básica...

GIACOMOZZIL, C. M. ;LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto Enferm*. Florianópolis, v.15, n. 4, out/dez. 2006.

MACHADO M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, mar./abr. 2007, p. 335 - 342.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In:_____. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO, 2001.p 39-66.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

OMIZZOLO, J. A. E. *O princípio da integralidade na visita domiciliar: um desafio ao enfermeiro do programa de saúde da família*. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de pós-graduação em Enfermagem. UFSC, Florianópolis.

PINHO, I.C.; SIQUEIRA, J. C. B. A.; PINHO, L.M.O. As percepções do Enfermeiro acerca da integralidade da assistência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 42-51, 2006.

PINHO, M. C. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências & Cognição*, v. 3, n. 8 p.325-346.

PRADO, S.R.LA.;FUJIMORI, E.;CIANCIARULLO, T.I.A.A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. *Texto & Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 399-407. 2007

RICHARDSON, R.J. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, M. P.; LIMA, K.C; RONCALLI, A.G.. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.71-82, jan./fev. 2008,.

Carvalho, C. M. S. et al.

SERRA CG. **Garantia de Acesso à Atenção Básica e Continuidade de Cuidados como Estratégias para Consolidação da Integralidade no SUS: Uma Análise Sobre os Processos de Implantação do PSF, Construção de Sistemas de Referência e Regionalização Assistencial no RJ, 2003.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Programa de pós-graduação em saúde coletiva. UERJ, Rio de Janeiro.

SOUZA, C. R.; LOPES, S. C. F.; BARBOSA, M. A. A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. **Revista da UFG, Goiás, v. 6, n. especial, dez. 2004.**

Submissão: 21/11/2013

Aprovação: 04/03/2014