

**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

JERUSA SEVERO SIMÕES

**OS SIGNIFICADOS DA ATENÇÃO INTEGRAL NA PERSPECTIVA DE UMA
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

Porto Alegre/RS
Dezembro de 2006

JERUSA SEVERO SIMÕES

**OS SIGNIFICADOS DA ATENÇÃO INTEGRAL NA PERSPECTIVA DE UMA
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

Projeto de pesquisa apresentado no Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde – Grupo Hospitalar Conceição em parceria com Fundação Oswaldo Cruz – como requisito parcial para obtenção do Grau de Especialista.

ORIENTADORA: VERA LÚCIA PASINI

Porto Alegre/RS
Dezembro de 2006.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	04
2. OBJETIVOS.....	06
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	07
4. METODOLOGIA.....	11
5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	14
6. ORÇAMENTO.....	15
7. CRONOGRAMA.....	16
REFERÊNCIAS.....	17
APÊNDICES.....	19

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição de 1988 e é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicos, federais, estaduais e municipais bem como, pelo setor privado contratado e conveniado (BRASIL, 1988). Teve seus princípios e diretrizes estabelecidas na Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Alguns deles são: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social (BRASIL, 1990).

De acordo com Acúrcio (2005), o SUS deve atuar de maneira integral focalizando o ser humano como um todo que faz parte de uma sociedade e não dividido em partes, isto é, as ações de saúde devem ser voltadas ao indivíduo e para a comunidade destacando a prevenção, o tratamento da doença e respeito à dignidade.

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é formado pelos hospitais: Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor, Fêmina e doze postos de Saúde Comunitária. Atende a população de Porto Alegre, região metropolitana e interior do Estado, caracteriza-se pelo atendimento aos usuários do SUS e está vinculado ao Ministério da Saúde (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2006).

O Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) pertencente ao GHC atende pacientes adultos e vem buscando a melhoria da assistência prestada à população através do estabelecimento de ações que visem a integralidade da atenção a saúde. Para isso, é fundamental a participação da equipe multiprofissional de saúde neste processo que busca a excelência no cuidado, apesar dos desafios ainda vividos. O

profissional de saúde é um personagem ativo neste contexto que visa o acolhimento, a continuidade do cuidado e o vínculo do usuário ao sistema.

1.1 Justificativa

Em minha vivência como enfermeira assistencial em uma unidade de internação, observo pacientes juntamente com seus familiares receberem alta hospitalar com muitas dúvidas quanto aos cuidados a serem realizados no domicílio ou até mesmo sem saberem se terão algum vínculo com o serviço após a alta.

Este projeto visa apresentar uma proposta de investigação cujo tema é a Atenção Integral na perspectiva da equipe multidisciplinar. O tema será aprofundado em busca de alternativas de soluções para o rompimento de obstáculos que visem o aprimoramento do cuidado ao usuário do SUS que busca nosso serviço.

Considera-se que o papel do profissional de saúde é imprescindível no plano de alta dos pacientes, oferecendo orientações sobre os cuidados a serem realizados após a alta hospitalar. Todavia, percebe-se, no cotidiano de trabalho a falta de compromisso da equipe multidisciplinar com a continuidade da assistência após a internação, colocando em dúvida um dos princípios do SUS – a integralidade.

1.2 Tema

Atenção Integral aos usuários do Sistema Único de Saúde.

1.3 Delimitação do tema

Significados da Atenção Integral na perspectiva de uma equipe multidisciplinar da Unidade de Internação 4^oB1 do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Conhecer os significados da atenção integral, atribuídos pela equipe de profissionais que atuam em uma Unidade de Internação do HNSC;

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar as interferências dos modos de conceber a atenção integral no cuidado aos usuários e no trabalho em equipe;
- Buscar subsídios para a proposição de alternativas de melhoria da assistência, preparando o paciente/família para a alta hospitalar de modo integral.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A integralidade no SUS significa atender o usuário como um ser humano integral, vendo-o como um ser social que deve ter garantido o acesso às ações de promoção, proteção e recuperação que forme um todo indivisível, configurando-se um sistema capaz de prestar assistência integral (ALMEIDA, et al., 2001).

A partir disso, a integração dos cuidados consiste em uma coordenação das práticas clínicas voltadas para o paciente, visando assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços provenientes dos diversos profissionais e organizações articuladas no tempo e espaço (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

No Grupo Hospitalar Conceição, a integralidade significa ver a pessoa em sua integridade, contemplando suas reais necessidades, enfatizando a humanização da assistência, a continuidade do cuidado, a regionalização e a descentralização dos serviços permitindo a responsabilização da equipe pelos cuidados ao usuário (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2006).

Quanto à atenção integral dirigida ao paciente hospitalizado, Cecílio e Merhy (2003) afirmam que se expressaria através de uma visão holística, completa, portanto integral, de cada usuário portador de necessidades de saúde precisando de cuidados hospitalares. “O holismo (de holos = todo) abrangendo a idéia de conjunto, ou de todos e de totalidade, não engloba apenas a esfera física, mas se estende também às mais altas manifestações do espírito humano” explica Waldow (2006 p.12).

Todavia, percebo que o usuário possui insatisfações, principalmente no que diz respeito à continuidade do tratamento, fato que se confirma com o pensamento de Merhy (2004). Este autor refere que o paciente não critica a falta de conhecimento

tecnológico na sua assistência, e sim a falta de interesse e de responsabilização dos diversos serviços em torno de si e do seu problema. O usuário como regra, sente-se inseguro, desinformado, desamparado e desprotegido.

Partindo-se dessa lógica, o cuidado ideal aconteceria a partir da união generosa e flexível de tecnologias duras, leve-duras e leves¹ e o paciente seria o ponto de partida para as intervenções hospitalares unindo-se tecnologia e humanização (MERHY, 2002).

De acordo com Waldow (2006, p. 25):

O cuidado humano consiste de esforços transpessoais de ser humano para ser humano no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrarem significado na doença, sofrimento e dor, bem como na existência.

A autora acima enfatiza que a recuperação de pacientes parece ser mais rápida e a experiência no hospital mais agradável quando o relacionamento profissional-paciente é de proximidade, confiança e aceitação.

Partindo-se desta visão, acredito que o cuidado se constrói da união dos saberes de todos os profissionais envolvidos na assistência. Neste sentido é preciso superar as relações de poderes desiguais entre as categorias que ocultam a fundamental colaboração que deve existir entre os trabalhadores para que o cuidado ocorra como afirmam Cecílio e Merhy (2003).

O aumento na expectativa de vida do brasileiro é uma constatação, de acordo com IBGE (2005) no ano de 2004 era de 71,7 anos e como consequência há um aumento das doenças crônico-degenerativas, sendo as cerebrovasculares a terceira causa de morte no mundo (PERLINI E FARO, 2001).

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) – isquêmico ou hemorrágico, transitório ou definitivo – é uma doença cerebrovascular que pode ocasionar incapacidades crônicas, com perda da independência e autonomia impondo aos pacientes limitações tornando-os dependentes de cuidados de terceiros. Assim sendo, em casos de internação, os possíveis cuidadores deveriam ser orientados e preparados para a alta hospitalar, iniciando o mais cedo possível as medidas de reabilitação (PERLINI E FARO, 2001).

¹ Estes conceitos são trabalhados por Merhy (2002) para designar as tecnologias utilizadas na atenção à saúde. Segundo este autor, as tecnologias duras são aquelas ligadas a equipamentos, procedimentos; as tecnologias leve-duras são aquelas decorrentes do uso de saberes como a clínica e a epidemiologia e as tecnologias leves são as relacionais no espaço intersubjetivo do profissional de saúde e paciente.

Atualmente, trabalhando em uma unidade de internação que cuida de pacientes neurológicos acometidos de AVC acompanho pessoas que perderam repentinamente sua independência e autonomia, devido a seqüelas motoras e/ou cognitivas ocasionadas por esta doença e, conseqüentemente necessitam de cuidados especiais de seus familiares quando recebem alta hospitalar.

Estes pacientes, juntamente com seus cuidadores, recebem alta do hospital com escassas ou nenhuma orientação quanto aos cuidados a serem prestados no domicílio, tais como: administração de medicamentos, curativos, mudança de decúbito, higiene, cuidados com sondas, prevenção de úlceras de decúbito, além de não saberem se poderão contar com a assistência de outros serviços do SUS após a internação.

Perlini e Faro (2001) afirmam que, o conhecimento das atividades de cuidado desenvolvidas no domicílio e das dificuldades enfrentada pelos familiares, poderá contribuir para as ações de preparo para a alta hospitalar desenvolvidas pela equipe de saúde. Já que o despreparo do cuidador (familiar) pode trazer sérios riscos ao paciente ocasionando freqüentes reinternações, gerando ansiedade, maior desgaste físico e situações de risco para ambos.

Uma das formas de auxílio às famílias em seu processo de cuidar é aquela advinda dos profissionais, que incluem orientações básicas à saúde e sobre os cuidados, colaborando para que o paciente e familiar adquiram a independência e possam administrar os cuidados necessários (PERLINI E FARO, 2001).

Contudo, observo que o trabalho em equipe no sentido da atenção integral, não se concretiza na prática e alguns profissionais pouco se comunicam entre si e não se comprometem com a continuidade do tratamento do paciente no pós-hospitalar.

Merhy e Cecílio (2003) explicam que o problema do processo gerencial do hospital contemporâneo é conseguir coordenar adequadamente esse conjunto de atos cuidadores que resulte em um cuidado integral. A proposta dos autores é de se criar mecanismos que facilitem a coordenação das ações dos trabalhadores de forma articulada com fluxo de informações definidos e menos ruidosa.

A alternativa seria pensar em novos fluxos e circuitos dentro dos sistemas, delineados a partir dos movimentos dos usuários, dos seus desejos e necessidades,

comprometido com a vida das pessoas visando o cuidado integral e humanizado (CECÍLIO, 1997).

O tópico integralidade vem se estruturando a partir da construção de “linhas do cuidado”, que significam a composição de fluxos seguros a todos os serviços que venham atender às necessidades dos usuários (MERHY e FRANCO, 2003). No GHC, já foram implantadas algumas linhas de cuidado: mãe-bebê, trauma do idoso, queimados, neurocirurgia e dor torácica, que se baseiam no atendimento integral e humanizado aos pacientes.

Neste contexto os autores acima citados afirmam que a linha de cuidado é formada pela união de saberes e fazeres que se expressam em ações como o acolhimento e vínculo do usuário ao serviço garantindo atos cuidadores eficazes, delineando-se a integralidade.

Em outras palavras poderíamos dizer que, a linha de cuidado é uma proposta para que o trabalho em equipe se consolide, diminuindo o “fracionamento” das ações, buscando o atendimento integral para o bem-estar do usuário.

4 . METODOLOGIA

4.1 Contexto da Pesquisa:

Este estudo terá como base os princípios da pesquisa qualitativa. De acordo com Minayo (1994, p. 21):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A investigação será realizada junto aos trabalhadores de uma Unidade de Internação localizada no 4^o andar (4^oB1) do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), composta de 41 leitos, que atende pacientes com patologia neurológica e gastroenterológica, dentre os quais três leitos destinam-se a isolamento podendo internar pacientes de qualquer especialidade.

4.2 Participantes da pesquisa

A população deste estudo é composta pelos profissionais que atuam no posto 4^oB1 e são os seguintes: médicos (12), médicos residentes (2) enfermeiras (4), fisioterapeuta (1), terapeuta ocupacional (1), assistente social (1), nutricionista (1) técnicos de enfermagem (17) e auxiliares de enfermagem (18).

Serão sujeitos da pesquisa, dois profissionais de cada categoria que possuir dois ou mais profissionais atuando na equipe de Médicos (as), Médicos (as) Residentes, Enfermeiros (as), Técnicos (as) de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem, além dos demais profissionais que atuam como referência para a equipe (Terapeuta

Ocupacional, Assistente Social, Fisioterapeuta e Nutricionista). Os participantes serão selecionados através de sorteio, para as categorias que forem constituídas por mais de dois profissionais.

4.3 Procedimentos de coleta de dados:

Os dados serão coletados a partir de um questionário (APÊNDICE A) elaborado pela pesquisadora contendo questões abertas sobre os significados da atenção integral e do trabalho em equipe; o preparo do paciente para a alta hospitalar e os obstáculos que impedem o fluxo adequado de informações entre profissional e paciente/familiar.

O questionário, por autopreenchimento, será aplicado para cada profissional que aceitar participar da pesquisa e assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Os questionários serão entregues aos participantes e recolhidos após dez dias.

4.4 Análise do material

Os resultados da pesquisa serão analisados de acordo com a metodologia de análise de conteúdo e discutidos a partir da literatura.

Segundo Bardin (1977, p.42), a análise de conteúdo pode ser entendida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Do ponto de vista operacional será usada a técnica de análise temática, conforme descrita por Minayo (2004, p.208), que consiste em trabalhar com os “núcleos de sentido que compõe uma comunicação cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

Tomando Minayo (2004, p. 209-211) como referência, a análise do material, no presente estudo, seguirá os seguintes passos:

1. Pré-análise - será realizada ordenação de todos o material obtido, conforme a ordem das perguntas do questionário aberto;

2. Exploração do material - através da leitura do material, esses serão classificados, conforme suas características e relevância, em unidades temáticas específicas, para posterior estudo e análise.
3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação - através de articulação dos dados com os referenciais teóricos que nortearam o projeto de pesquisa, buscar-se-á trabalhar com os significados emergentes referentes ao estudo proposto.

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

No que tange às considerações éticas, serão garantidos aos participantes da pesquisa a privacidade e a confidencialidade dos dados obtidos. As informações serão utilizadas exclusivamente com fins científicos, garantindo-se o sigilo da identidade dos indivíduos pesquisados ou mesmo o anonimato (GOLDIM, 1997). Os nomes verdadeiros dos participantes não serão divulgados, apenas nomes fictícios designados pela pesquisadora.

Os profissionais poderão conhecer o conteúdo da pesquisa e, se aceitarem participar, assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A aplicabilidade da pesquisa será válida após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Grupo Hospitalar Conceição.

6. ORÇAMENTO

Estão apresentadas na TABELA 1 abaixo as previsões de custos necessários para a realização da pesquisa que correrão por conta da pesquisadora.

TABELA 1

Ítems	Custos em R\$ (reais)
200 folhas de ofício A4	30,00
10 disquetes	10,00
2 CD	2,00
1 computador	2.500,00
1 cartucho para impressora	50,00
Acesso à internet	80,00
Revisão e digitação	100,00
Transporte	100,00
Total	2.872,00

REFERÊNCIAS

- ACÚRCIO, F. A. **Evolução Histórica das Políticas de Saúde no Brasil**. In: Projeto Multiplica SUS: Curso básico sobre o SUS: (re) descobrindo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos/ Marcolino, H. (coord.) et al. Brasília. Ministério da Saúde, 2005.
- ALMEIDA, E.S., CHIORO, A. e ZIONI, F. **Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS**. Estados, políticas públicas e Saúde: a história dos serviços de saúde no Brasil e no sentido político do SUS, In: WESTPHAL M., ALMEIDA E.S. (orgs). Gestão de Serviços de Saúde. São Paulo. Ed. da Universidade de São Paulo, 2001, Cap.1
- BARDIN, L., **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70,1997, p.42.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: desafios e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BRASIL. **Constituição Federal**. Lei Orgânica da Saúde nº 8.080. Brasília, 19 de set. 1990.
- CECÍLIO. L.C.O. **Modelos Tecno-Assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma Possibilidade a ser Explorada**. In: VER-SUS/Brasil: Cad. de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- GOLDIM, J.R. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. Porto Alegre, Ed. Dacasa, 1997.
- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, Disponível em: www.ghc.com.br Acesso em: 10 de nov. 2006 as 20:00.
- HARTZ, Z.M e CONTANDRIOPOULOS, A.P. **Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para a avaliar a implantação de um “sistema sem muros”**. Cad. Saúde Pública, RJ, 2004.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Disponível em: www.ibge.gov.br, atualização em 1 dez 2005. Acesso em: 10 nov 2006 as 22:00
- MERHY E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo. Cap. 2. Ed. Hucitec . 2002.
- MERHY, Émerson E. **O Ato de Cuidar: a alma dos Serviços de Saúde**. In: VER/SUS/BRASIL. Cadernos de texto. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.
- MERHY, E. E. e CECÍLIO L.C.O. 2003. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R.A. (orgs.). Construção da integralidade: cotidiano saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro. UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p.197-210.
- MERHY, E. E. e FRANCO T.B. **Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves**: Apontando mudanças para os modelos technoassistenciais. Saúde em debate. Revista do Cebes. Rio de Janeiro, 2003.
- MINAYO, M.C.S. **Ciência, técnica e arte**: O desafio da pesquisa social. In: Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis/RJ. Ed. Vozes, 1994, p.21.
_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo:Hucitec, 2004, p. 209-211.
- PERLINI, N.M.O.G. e FARO, A.C.M. **Cuidar de pessoas incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio**: o fazer do cuidador familiar. Ver. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2001.
- WALDOW, V.R. **Cuidar**: Expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis/RJ, Ed. Vozes, 2006, p.12 e 25.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Enfermeira **Jerusa Severo Simões** está realizando uma pesquisa denominada “Os significados da atenção integral na perspectiva de uma equipe multiprofissional”. O trabalho será realizado na unidade de internação 4^o B1 do Hospital Nossa Senhora da Conceição, tendo como objetivos: conhecer os significados da atenção integral atribuídos pela equipe de profissionais que atuam nesta Unidade de Internação do HNSC; verificar as interferências dos modos de conceber a atenção integral no cuidado aos usuários e no trabalho em equipe e buscar subsídios para a proposição de alternativas de melhoria da assistência, preparando o paciente/família para a alta hospitalar de modo integral.

De acordo com o termo de consentimento livre e esclarecido, eu,.....

Declaro que fui esclarecido/a de forma clara e objetiva, livre de qualquer constrangimento ou coerção, dos objetivos do estudo do qual farei parte. Será garantida a liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, deixando de participar da pesquisa sem que isto traga qualquer prejuízo.

Caso tenha novas dúvidas sobre este estudo, posso telefonar para a Enfermeira **Jerusa Severo Simões** pelos telefones 33365210 ou 33572233 ou procurá-la no endereço: Avenida Francisco Trein, 596, unidade de internação 4^oB1: Para qualquer pergunta sobre meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicado/a pela minha participação, posso telefonar para o **Dr. Julio Baldisserotto**, Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, pelo telefone 33572407. Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinei-o em duas vias, ficando de posse de uma delas.

Assinatura do/a participante)

Assinatura da pesquisadora

Nome

Nome

Data

Data

