

**ARTIGO REVISÃO****A integralidade e a prática do enfermeiro na estratégia saúde da família****The integrity and practice nurses in Family Health Strategy**Daniel Burieque dos Santos¹, Karine Lourenço de Figueiredo¹, Natália de Cássia Horta²**RESUMO**

A importância e as dificuldades em operacionalizar o princípio da integralidade são evidenciadas na prática assistencial em saúde e na literatura. Neste trabalho de Revisão Bibliográfica busca-se discutir a importância da integralidade na prática do enfermeiro atuante na Saúde da Família, de modo a identificar os diferentes conceitos e abordagens sobre a integralidade presentes na literatura científica, bem como suas possibilidades e desafios. Estudo de revisão bibliográfica de caráter exploratório-descritivo compreendendo o período de 2010 a 2012 na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Consideramos as proposições do princípio da integralidade para a qualificação da assistência à saúde do usuário na Atenção Primária. A partir de noções e sentidos da integralidade destacamos o poder transformador da abordagem integral na vida das pessoas. A atenção integralizada se consolida como meio que possibilita potencializar as relações humanas, além da definição de demandas e adequação dos serviços de saúde as necessidades individuais e/ou coletivas da população, tanto na esfera objetiva quanto subjetiva. Assim, direcionando o cuidado equânime e resolutivo. O estudo proposto buscou pelo entendimento da importância de se exercer um princípio necessário para uma assistência completa. Torna-se, então, um dever encontrarmos elementos que contribuam para a lucidez e maturidade da possibilidade de qualificação do “cuidar”, a partir da integralidade.

Descritores: Integralidade. Assistência integral. Saúde integral. Programa saúde da família.

ABSTRAT

The importance and the difficulties in operationalizing the principle of integrity, are evidenced in the health care practice and literature. Our objective in this work of literature review is highlight the importance of integrity in the practice of nurses active in the ESF, in order to identify the different concepts and approaches of integrity present at the scientific literature, as well as its possibilities and challenges. Bibliographic review of an exploratory-descriptive comprising the period from 2010 to 2012 in the Virtual Health Library (VHL). We consider the propositions of the principle of completeness for qualifying health care user in Primary Care. From concepts and meanings of completeness we highlight the transformative power of the integral approach to people's lives. The attention paid up is consolidated as a means enabling enhance human relations and the definition of requirements and adequacy of health services needs individual and/or collective population, in both objective and subjective. Thus, directing care equanimous and decisive. The proposed study aimed at understanding the importance of exercise a necessary principle for full assistance. It becomes, then, a duty we find elements that contribute to the possibility of lucidity and maturity qualification "care" from the entirety.

Keywords: Integrity. Integral assistance. Comprehensive health. Family health program.

¹ Enfermeiros pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

² Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais, Coordenadora e Professora do Curso de Graduação da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e Orientadora do trabalho.

INTRODUÇÃO

Este artigo faz parte do estudo sobre a Integralidade na prática do Enfermeiro sendo estruturado para o embasamento da pesquisa de campo.

A luta pela Reforma Sanitária foi responsável pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que envolve significativas mudanças culturais, ampliando o conceito de saúde. A saúde passa a ser um direito garantido pela Constituição Federal, sendo a assistência à saúde direito adquirido primordial para a qualidade de vida dos indivíduos¹.

Seguindo o conceito de saúde estabelecido na Lei nº 8.080/90, em seu artigo 3º, é necessária uma abordagem diferenciada do indivíduo, considerando a complexidade e diversidade dos contextos sociais, nos quais a vida se concretiza. Com base nesta lei, a saúde está relacionada à:

“[...] alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”².

Os princípios doutrinários e as diretrizes organizacionais do SUS, como a universalidade de acesso aos serviços de

saúde, equidade e igualdade no cuidado, a preservação da autonomia e defesa da integridade física e moral das pessoas, o direito à informação, a descentralização política administrativa e, em especial, a integralidade da assistência, defendem um cuidado à saúde de maneira mais eficaz e efetiva.

Porém, a integralidade não pode ser definida somente pela perspectiva de uma diretriz básica do SUS³. Deve ser percebida como um conjunto de noções pertinentes a uma assistência abrangente do ser humano considerando que são pessoas dotadas de sentimentos, desejos e aflições.

Apesar de se admitir o avanço político e administrativo na construção de um novo modelo assistencial, historicamente moldado pela Reforma Sanitária, notam-se, ainda, dificuldades para materializar os princípios do SUS.

Embora o sistema de saúde tenha avançado em muitos dos seus princípios, a integralidade no cuidado foi o que menos avançou⁴. Supõe-se que a integralidade seja o princípio menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas.

O princípio da integralidade se contradiz na prática assistencial, uma vez que os profissionais da área da saúde, entre os quais, os enfermeiros, não agem de forma unificada para interferir

adequadamente no processo saúde-doença-cuidado. A integralidade só será possível mediante uma boa articulação entre os serviços e entre os profissionais, cada um cumprindo sua parte, referenciando e contra referenciando de forma responsável, em uma constante articulação entre os diferentes níveis da assistência^{5,6}.

A atenção primária tem sido vista como um nível de atenção importante para alcançar a integralidade e por isso priorizada como estratégia de cuidado de saúde⁷. Desse modo, a integralidade na Estratégia da Saúde da Família (ESF) passa a ser discutida e analisada de forma preponderante. Este conceito tenta unificar o cuidado, propiciando uma ação mais eficaz no processo saúde-doença⁵.

O enfermeiro, como participante da equipe, deve engajar-se na luta dos valores preconizados pelo SUS, bem como na concretização da integralidade na Atenção Primária³.

A compreensão da dimensão cuidadora orienta e qualifica a produção do cuidado, reforçando a integralidade como formas de relacionar, aprender, ensinar e cuidar.

Dessa maneira, as inquietações frente ao tema “integralidade”, bem como sua relevância, surgiram durante o curso de Enfermagem na PUC Minas Barreiro nas disciplinas de Organização do SUS e Saúde Coletiva. Percebemos que com este

trabalho podemos mobilizar saberes na busca da integralidade e ampliar o significado do cuidado. E ainda, legitimar a importância social do enfermeiro e sua contribuição para o fortalecimento e consolidação do SUS, na constituição de vínculos e do empoderamento do usuário em especial na ESF.

Considerando o exposto, este estudo tem como objetivo geral discutir a integralidade na prática do enfermeiro atuante na ESF. Em específico, identificar os diferentes conceitos e abordagens sobre a integralidade presentes na literatura bem como suas possibilidades e desafios.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um trabalho de revisão bibliográfica de caráter exploratório-descritivo. As publicações foram recuperadas por consulta de periódicos na BVS, LILACS e SCIELO. Tal levantamento foi realizado nos meses de março e abril de 2010 a partir dos descritores: *Assistência Integral; Saúde Integral; Programa saúde da Família*. Em julho de 2012 foi feita nova busca recuperados na base de dados do SCIELO, outros artigos para embasar a discussão de modo a perceber a ampliação de estudos sobre essa temática, em especial da prática do enfermeiro. Nesta nova busca utilizando

a palavra integralidade foram encontrados 60 artigos, destes foram selecionados 30 a partir da análise dos resumos referentes aos eixos de análise estabelecidos no primeiro momento. Já com a emprego da associação de integralidade e enfermagem, foram encontrados 7 artigos e selecionados somente 3 pelo mesmo critério. Após refinamento por meio da análise dos resumos acrescentamos 3 artigos para complementação de nossa discussão.

Foi definido como período de recorte para a busca e recuperação dos artigos estão compreendidos em 2000 à 2012. Também julgou-se necessário incluir no corpo bibliográfico analisado 3 livros base para melhor compreensão do tema abordado. Totalizando 35 estudos.

Além disso, utilizamos a Lei nº 8.080 de 1990. Por ser essa, arcabouço jurídico considerada como "Lei Orgânica da Saúde", regulamentadora das ações e serviços de saúde em todo território nacional, e ainda, dispor sobre os Princípios e Diretrizes do SUS. Importante instrumento para o embasamento teórico legal deste trabalho.

Como critérios de exclusão estipulou-se: estudo que não apresentasse significância relativa ao tema proposto e o ano de publicação dos periódicos, quando não correspondente ao período pré-estabelecido.

A partir do material selecionado, realizou-se sua leitura interpretativa, com o propósito de ordenar e resumir os dados das fontes. Posteriormente, a pré-análise dos artigos foi realizada de maneira individual e conjunta, considerando a temática integralidade, definições e sua importância e a prática do enfermeiro na ESF, relacionando-os. Em seguida, iniciamos estratégia que consiste em um movimento de organização do material, leitura, pré-análise dos dados, bem como sua exploração através da releitura e análise, seguida da interpretação crítica para o desenvolvimento do tema e por fim, a produção da análise.

Para conduzir e organizar esse processo foram definidas duas categorias analíticas, quais sejam: "Integralidade e Estratégia de Saúde da Família: articulação fundamental para o cuidado em saúde" e "A prática do profissional enfermeiro na ESF: possibilidades e desafios para a integralidade".

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Integralidade e Estratégia de Saúde da Família: articulação fundamental para o cuidado em saúde

O movimento da Reforma Sanitária e consequente criação do SUS, a partir da descentralização político administrativo e

da participação da sociedade na gestão, ampliou a concepção de saúde, de uma perspectiva excludente, centralizadora, medicalizada e hospitalocêntrica para a possibilidade da abordagem integral. Nesse sentido as ações de saúde estão além das práticas curativas especialmente para a prevenção de agravos e para a promoção de saúde⁸.

O termo integralidade têm funcionado como uma imagem-objetivo, ou seja, como uma forma de indicar características almeçadas do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas⁹. Esta imagem objetivo traz consigo um grande número de possibilidades de realidades futuras, a serem criadas através de nossas lutas, que têm em comum a superação daqueles aspectos que se criticam na realidade atual e que planejamos transformar¹⁰.

Outras possibilidades do pensar promovem novos patamares para a abordagem das questões da saúde, tanto em relação à definição de estratégias de expansão de serviços de saúde quanto de mudanças do modelo assistencial e de suas práticas¹¹.

A integralidade da assistência é definida pela Lei nº 8.080 no artigo 7º e inciso II como “[...] um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e

coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”².

Mattos⁹ ainda caracteriza a integralidade como a apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente essa habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde. Tal temática envolve várias concepções e sentidos, porém, seu alicerce está na qualidade do atendimento prestado ao usuário. “O princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas a integralidade nos desafia a saber e fazer “o quê” e “como” para responder universalmente às necessidades de cada um”¹².

Quanto à garantia efetiva do acesso a saúde, Campos¹⁷ contribui quando diferencia integralidade de acessibilidade. Conforme o autor, garantir o acesso aos serviços de saúde trata-se de estruturação da rede assistencial, possibilitando que o usuário “transite” em um serviço público de saúde hierarquizado, cada vez mais próximo de seu domicílio, o que é tão quanto importante. Porém, a qualidade dos serviços disponibilizados só será possível a partir da aplicabilidade da abordagem

integral, aí sim, garante-se concomitantemente o cuidado resolutivo e o verdadeiro acesso aos serviços de saúde.

É essencialmente “fundamental que todos da equipe de saúde busquem a incorporação das dimensões psicoafetivas, sociais e éticas na análise das demandas e necessidades, ajustando e adequando a oferta de serviços”¹². Na complexidade do diverso, as demandas e necessidades, individuais e/ou coletivas são consideradas como indicativas da ação em saúde, o que fortalece o discurso da integralidade como sendo instrumento primordial a um sistema que pretende intervir para as várias “carências” das pessoas, pelas quais se tornou responsável¹⁴.

Autores como Fontoura e Mayer⁴ defendem a integralidade como método transformador de pessoas e direção de algo melhor, considerando o setor saúde como espaço de relações contínuas, não só profissionais, mas principalmente humanas.

O agir cotidiano nas instituições de saúde configura-se como objeto privilegiado de estudos e construção da integralidade. As instituições de saúde tornam-se um espaço de construção de novas práticas, materializando a integralidade como princípio, direito e serviço na atenção e cuidado à saúde¹⁵.

Machado et al.⁵ se baseia no princípio da integralidade e do agir em saúde para afirmar que os serviços devem ofertar ações de promoção, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação. A assistência deve estar articulada e integrada em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde.

Dessa forma, a integralidade não se realiza nunca em um serviço. A integralidade é o objetivo da rede assistência à saúde, sendo necessária para se atingir a assistência integral, uma boa contra referência entre as organizações de saúde¹⁵. É necessário trabalhar a atenção em diversas dimensões para se alcançar à assistência o mais completa possível:

“Numa primeira dimensão, a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, uma equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) ou em um hospital. [...] Assim, a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual”⁶.

O sujeito como objeto da assistência integralizada na atenção dos serviços e de seus respectivos profissionais obriga à discussão de questões que são transversais às ações de saúde, como a efetividade, a continuidade e a terminalidade do cuidado ofertado. Abre-se o cenário dos serviços e das práticas dialógicas entre diferentes saberes, considerando aqueles biomédicos e não biomédicos, numa perspectiva que integra campos de conhecimento diversificados como as ciências da saúde, as ciências humanas e sociais¹¹.

No que diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas, como educação em saúde e das práticas assistenciais por um mesmo serviço¹⁶.

O nível de complexidade primário tem como foco a prevenção comunitária-coletiva, o que exige conhecimento mais abrangente, em que a atenção deve ser totalizadora e levar em conta as dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Já os níveis secundários e terciários são mais específicos e usam intensivamente procedimentos baseados em aparelhos e exames¹⁷. Para melhor atender a população em sua integralidade o núcleo do cuidado com a ESF passa a ser a família, abordada e compreendida a partir do meio em que vivem, como propósito de mudança do

modelo de atenção à saúde⁵. Vários autores refletem que:

O Programa Saúde da Família (PSF) vem se revelando como uma nova base de articulação, promovendo a entrada de novos cenários, sujeitos e linguagens no âmbito da atenção à saúde. Destaca-se a ênfase dada aos aspectos da promoção da saúde, vulnerabilidade social e os elementos contextuais, político e organizacionais do modelo assistencial, reforçando a necessidade de interação entre diferentes campos de conhecimento, que incorpora novos objetos e tecnologias. Para reconstrução das práticas de saúde que possam ser traduzidas como cuidado, é exigida a ampliação dos horizontes da racionalidade científica que orienta as práticas¹⁸.

Pode-se pensar o PSF como um espaço aberto para a construção do cuidado orientado por um novo pensar e agir, um saber prático, uma ação dialógica¹⁹. Ele representa a entrada ao sistema e fortalece o vínculo entre os profissionais e a população²⁰.

Outros autores fazem um questionamento pertinente ao analisar as práticas atuais, tendo como base o que é preconizado para a ESF: Será que os arcabouços jurídicos e operativos, ou seja, apenas a conjuntura formal da ideia de “revolução” da saúde é capaz de mudar o olhar e desenvolver habilidades necessárias aos profissionais.²¹

O desafio de promover intervenções coletivas e sociais no âmbito da ESF supera os referenciais normativos, exige o cuidado integral de pessoas através da capacidade de contextualizar sofrimentos.

Pressupõe que a incorporação de “tecnologias leves”, que se materializam em práticas relacionais como: acolhimento, vínculo, responsabilização, autonomia e qualidade da atenção, conformam a integralidade do cuidado²². Na análise ²¹ destaca-se a importância da singularidade e da dimensão subjetiva do sujeito. Para se apreender o subjetivo do outro, faz-se necessário o uso da análise crítica, não preconceituosa, o que possibilita concretizar relações, ou seja, a conquista do vínculo.

Para que a assistência imprima qualidade e resolutividade verdadeira, outro estudo compreende ser necessário redefinir saberes, incorporando a representação subjetiva na ação cotidiana do trabalho, e também, na formatação legal/jurídica do SUS. Conceber uma lógica de atuação para aquisição de habilidades e desenvolvimento da integralidade²³.

O acolhimento e o vínculo são diretrizes operacionais para a garantia dos princípios doutrinários do SUS, entre os quais, a integralidade. Ao vínculo é anunciado o sinônimo de relação, sendo visto como condição singular no contato, primeiramente entre sujeitos e, posteriormente, entre usuários dos serviços de saúde e profissionais. Sua intensidade diz sobre o sucesso ou fracasso da

possibilidade de cuidar, tornando-se o motor da ação²⁴.

A crítica direcionada a visão reducionista do homem é reforçada, valorizando-o como ser complexo, portanto não tendo como necessidades exclusivas o que é imposto pelo biológico, mas também demandas provenientes da mente e do espírito. Explícita, assim, premissas da integralidade, quais sejam: o diálogo, a confiança entre os sujeitos envolvidos na relação terapêutica, qualidade e maturidade das relações humanas⁷, e o que acreditamos ser o principal desafio na estruturação definitiva do ideal de integralidade, o interesse dos profissionais pelo resultado.

A ênfase do Ministério da Saúde em incentivar a ESF como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, funcionando como principal porta de entrada do SUS se soma ao reconhecimento de diversos agentes públicos, no período mais recente, que sua adoção fortalece a integralidade da atenção à saúde²⁵.

A observação das práticas em saúde na ESF procura compreender o modo como elas vêm sendo concebidas e realizadas a partir do novo arranjo organizacional proposto. Além do seu papel na constituição de novos saberes e práticas de saúde capazes de contribuir para a

resolutividade e a integralidade das intervenções sanitárias no SUS.

Aspecto importante na conformação das equipes da ESF é discernir o “comportamento” multidisciplinar do interdisciplinar. A lógica do primeiro, apesar da representação heterogênea do saber, pelos diferentes profissionais, refere-se a práticas ainda individuais, onde cada qual se “fecha” na sua ciência. Já interdisciplinaridade transita nos distintos conhecimentos, tecendo a relação necessária entre os trabalhadores para o cuidado completo.

A ESF é constituída por equipes multiprofissionais que devem atuar em uma perspectiva interdisciplinar. É essencial que a equipe articule suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções conjuntamente e intervir de maneira eficaz na problemática²⁶.

O desafio atual para as três esferas de gestão, nacional, estadual e municipal, está em alcançar resultados igualmente relevantes em relação à qualidade das ações desenvolvidas pelas equipes ESF em todo o país e, neste sentido, avançar no princípio fundamental do SUS: à integralidade¹³.

Batista et al.¹ referem-se a tal princípio como ação de justiça social, possível somente através da construção conjunta, a

partir da interação entre o poder público, profissionais de saúde e sociedade.

Os princípios da ESF são respaldados no cuidado à saúde, no acolhimento, na humanização e na integralidade²⁷.

A consonância entre o que propõe a ESF como modelo de intervenção transformador para a disposição do cuidado, reafirmando os princípios do SUS a partir de um novo arranjo institucional e, a dimensão atribuída pela integralidade na definição de necessidades e norteadora das ações exige estreita articulação entre ambas.

Essa articulação visa acrescentar à produção da saúde o princípio da integralidade. Assim, a ESF torna-se modelo de atenção que fortalece a integralidade. O que, também possibilita a aproximação dos serviços de saúde com a realidade de vida do indivíduo e coletivo, e conseqüentemente, a contextualização do processo saúde-doença inferindo a mudança da prática em saúde, visto o cuidado mais completo possível.

A prática do profissional enfermeiro na ESF: possibilidades e desafios para a integralidade

Dentre as possibilidades da integralidade atribui-se como valores defendidos, a integralidade como reorientadora das práticas em saúde e

também modelo organizador dos serviços de saúde¹⁰.

O primeiro incidi na forma como os profissionais respondem as necessidades apresentadas pelos indivíduos que procuram pelo serviço de saúde. Nesse sentido, critica-se a abordagem reducionista e fragmentada do sujeito, atuação antagonista ao cuidado integralizado. Exige-se reconhecer necessidades além da demanda explícita, o que conduzirá a efetivas intervenções de saúde.

O outro conjunto de sentidos refere-se à organização do trabalho com o objetivo de atender adequadamente as necessidades de saúde da população. Propõe a unificação das ações assistências e as de saúde pública, focando o planejamento da assistência, de uma demanda espontânea para uma demanda programada, assim, qualificando o cuidado e oferecendo respostas a necessidades não percebidas ou não externadas pelos usuários.

A programação dos serviços de saúde valerá pelo seu caráter resolutivo, sendo fundamental, primeiramente, a identificação de reais necessidades, a partir da abordagem integral. Os profissionais de saúde são responsáveis pelo processo de definição de problemas e pelo encaminhamento das soluções. Com esse enfoque, Ceccim e Feuerwerker²⁸

consideram a integralidade como exigência ética política do trabalho em saúde.

As mudanças devem ocorrer, tanto em nível das práticas profissionais de saúde quanto a nível institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde¹⁷.

O enfermeiro como membro e coordenador das equipes da ESF, e, conseqüentemente, organizador e supervisor das atividades desenvolvidas nesse cenário, se faz ator fundamental na realidade do processo saúde-doença. A prática de enfermagem possui o desafio de produzir uma nova lógica à organização do trabalho, configurando um agir pautado na integralidade²³. Além disso, “ao atribuir ao enfermeiro a interpretação de certos dados referidos às necessidades, as equipes da ESF colocam nas mãos deste profissional o potencial para superar as contradições teórico-práticas relativas às necessidades em saúde, e assim, operar a transformação crítica e emancipatória dos processos de trabalho na ESF, de modo a permitir que os processos de trabalho em saúde, instaurados a partir do SUS, respondam a necessidades e não somente a uma dada parcela de carecimentos”²⁹.

O enfermeiro da ESF tem como atribuições, entre outras, a supervisão, controle, treinamento e definição de responsabilidades das práticas e equipe de enfermagem. Sendo o gerenciador da

assistência de enfermagem é diretamente responsável pela impressão qualitativa dada aos serviços produzidos.

A autonomia dispensada e o caráter polivalente exigido pela ESF para o trabalho do enfermeiro sem dúvida determinam mudanças na prática gerencial desse profissional. Torna-se primazia a capacidade de planejamento e o desenvolvimento de ações criativas para as necessidades impostas pelo dinâmico contexto em que se desenvolve o trabalho.

Ao ampliar a dimensão do papel do enfermeiro pede-se nova visão da realização do trabalho e em consequência, a reorganização do processo de trabalho. O ideal de uma nova abordagem do processo saúde-doença, o enfrentamento de problemas de origens diversas, a tomada de decisões considerando uma perspectiva cada vez mais interdisciplinar, entre outras formas de agir, indicam qualificações imprescindíveis e o perfil diferenciado do enfermeiro trabalhador na ESF. De modo, a atender o que propõe a Estratégia.

O trabalho do enfermeiro deveria estar voltado também para as atividades clínicas da atenção básica, de forma a atender as necessidades de saúde da população. A presença ou acompanhamento do enfermeiro em momentos importantes, no desenvolvimento das atividades na unidade

poderia qualificar a ação e promoveria a educação em serviço³⁰.

O enfermeiro que interage e atua junto à equipe possibilita apoio, organização e coordenação das atividades, planejando conjuntamente as intervenções necessárias, sendo eficaz em seu serviço. A responsabilidade do enfermeiro como gestor do trabalho em saúde fortalece seu agir como modelador da sociedade através das práticas de educação em saúde. “O trabalho em saúde precisa levar em consideração o contexto social, histórico e econômico, de forma a interferir no processo saúde/doença. Para que isso seja possível, é preciso ver o sujeito/usuário para além de suas necessidades biológicas por meio da escuta, do acolhimento, da relação humanizada, do vínculo, da responsabilização e do estímulo à autonomia. A atenção básica compõe a rede de atenção em busca da integralidade da assistência à saúde”³⁰.

O trabalho do enfermeiro era visto em sua origem como um atendimento curativista e predominantemente hospitalar. Entretanto, hoje, a enfermagem se afirma como uma profissão que atua pautada na cientificidade para o cuidado com o ser humano, entendido em seu mais amplo conceito³⁰.

A marca do sentido da integralidade na prática do enfermeiro está em buscar

compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um indivíduo necessita¹⁰. A concretização de ações de saúde integrais implica manter canais de integração entre serviços, profissionais e população. Esse autor afirma que “não existem profissionais de saúde integrais ou serviços de saúde integrais: no entanto, a forma como as pessoas vivem seus problemas é integral”.

A literatura revela que o enfermeiro encontra inúmeros desafios para exercer o cuidado integral. Um dos grandes desafios que se apresenta aos profissionais atuantes no âmbito da ESF refere-se às equipes de trabalho³⁰. É nítida a necessidade de maior interação e integração entre as equipes para que se concretize a imagem-objetivo da integralidade na assistência.

A ausência da integralidade na rede de serviços está intimamente relacionada à frágil articulação intersetorial e nas dificuldades para se organizar o sistema de referência e contra-referência nos diferentes níveis de atenção do setor saúde. Como também, a ineficiente estruturação da assistência especializada na atenção secundária. Tais limitações impossibilitam a continuidade do cuidado³¹. Os principais impedimentos para a eficácia do trabalho desses profissionais devem-se a formação acadêmica inadequada, além de quantitativo insuficiente dos recursos

humanos e financeiros dispostos pela gestão pública³².

Existem obstáculos concretos à construção de um “SUS legal”, que representam verdadeiros desafios para se garantir a integralidade nos serviços de saúde. O primeiro deles relaciona-se às precárias condições de vida da população que busca os serviços de saúde, considerando as premissas da multicausalidade no processo de saúde-doença³³.

Ainda, considera-se como entrave para o exercício da integralidade: a vinculação do usuário ao modelo médico centrado. É importante ressaltar a incompatibilidade entre os serviços ofertados e as necessidades de saúde. O desenho assistencial divergente a realidade apresentada, incidi negativamente sobre a relação usuário x profissional x instituição x serviços, comprometendo a legitimação social do SUS.

Percebe-se que a integralidade tem sido defendida como o eixo condutor dos processos de mudanças na formação do enfermeiro³⁴. No entanto, sabe-se da necessidade de superar o paradigma hegemônico dentro e fora da rede de ensino destes profissionais, além da constante busca pela ampliação da visão de mundo e pelo reconhecimento da

multidimensionalidade dos sujeitos da atenção³⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura concorda em diferentes momentos que o princípio da integralidade é o mais negligenciado na tentativa de consolidação do SUS como sistema de organização da atenção a saúde no país.

Fato esse potencializado pela característica polissêmica da integralidade. Ora valor essencial para a ação em saúde, desde o agir individual ou multidisciplinar, ora ideal de organização dos serviços de saúde e orientadora para a produção de saúde ao mesmo tempo em que deve ser prerrogativa na construção das relações humanas.

Os seus diferentes sentidos e sua exigência em diferentes esferas, não só objetiva, mas, principalmente subjetiva fazem da temática integralidade foco de estudo em várias direções.

Visando consolidar uma assistência qualitativa e resolutiva à saúde torna-se fundamental repensar o processo de trabalho em saúde, na perspectiva da abordagem integral efetiva do indivíduo, família e comunidade. Utilizar uma diferenciada percepção do que, e quais são os “verdadeiros problemas de saúde”,

considerando a pluralidade de necessidades, além da demanda explicitada.

O enfermeiro, ator essencial na arte do cuidar e na reformulação da atenção à saúde proposta pelo SUS, principalmente no nível primário da assistência através da ESF, deve assumir-se como sujeito de mudança, aprimorando conhecimentos sociais e culturais, o que exige um novo patamar de relações e o comprometimento público.

Dentre os principais desafios na estruturação definitiva do ideal de integralidade o comprometimento dos profissionais enfermeiros pelo resultado é algo a se fortalecer, já que a operacionalização da integralidade está intimamente ligada à atitude. Assim, adotar através da prática profissional o amplo cuidado, ou seja, a integralidade do cuidado.

Tal postura implica na recusa ao reducionismo e a objetivação dos sujeitos, afirmando a abertura do diálogo intersubjetivo. Faz-se necessário à apreensão ampliada das necessidades de ações e serviços de saúde, sintonizadas com o contexto de cada encontro junto ao outro, possibilitando a identidade coletiva.

Acreditamos com esse trabalho acrescentar significados e ampliar a concepção de integralidade, para a progressão da gestão das “carências” da

população, seja individual ou coletiva no cuidado em saúde, especialmente pelo enfermeiro (a) atuante na ESF.

REFERÊNCIAS

- Batista KT, Caldas KR, Portilho JAC. Integralidade da saúde: significado e situação atual. *Comm Ciênc Saúde* [periódico online]. 2009 [acesso 2010 abr 01]; 20(1):9-16. Disponível em: URL:http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol20_1art01.pdf
- Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [jornal online] 1990 set 19. [acesso em: 2010 abr 01]. Disponível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
- Pinho IC, Siqueira JCBA, Pinho LMO. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. *Rev Eletr Enferm* [periódico online] 2006 [acesso em: 2010 abr 23]; 8(1):42-51. Disponível em: URL: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/945/1156>
- Fontoura RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Rev Bras Enferm* [periódico online] 2006 jul-ago [acesso em: 2010 abr 05]; 59(4):532-7. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a11v59n4.pdf>
- Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico online] 2007 [acesso em: 2010 abr 10]; 12(2):335-42. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a07v12n2.pdf>
- Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p. 101-26.
- Ferreira TSA, Campos LF. O conhecimento veiculado em literatura nacional sobre a integralidade em saúde. *Cogitare Enferm* [periódico online] 2009 abr-jun [acesso em: 2010 abr 05]; 14(2):368-73. Disponível em: URL: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/5707/10431>
- Valentim IVL, Kruehl, AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico online] 2007 [acesso em: 2010 abr 23]; 12(3):777-88. Disponível em: URL: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n3/28.pdf>
- Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública* [periódico online] 2004 set-out [acesso em: 2010 abr 05]; 20(5):1411-16. Disponível em: URL: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/A_Integralidade_na_pratica.pdf
- Luz MT. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006. p. 17-49.
- Favoreto CAO. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. *Rev. APS* [periódico online] 2008 jan-mar [acesso em: 2010 abr 23]; 11(1):100-8. Disponível em: URL: <http://www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/viewFile/206/88>
- Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc.* [periódico online]

- 2009 abr-jun; [acesso em: 2010 abr 10]; 18 Supl 2:11-23. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/03.pdf>
13. Minozzo F, Reis CMR, Vidal AT, Ceolin MZC, Benevides IAL. Avaliação para melhoria da qualidade na estratégia saúde da família: reflexos sobre a integralidade do cuidado em saúde. In: Roseni P, Mattos RA. Ateliês do VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde. [livro online] 2008 [acesso em: 2010 abr 23]; p.59-73. Disponível em: URL: http://www.lappis.org.br/site/images/stories/livros/textos_livros/livro_atelies_cuidado.pdf
 14. Spink MJP. Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. Saúde Soc [periódico online] 2007 [acesso em: 2010 abr 23], 16(1):8-27. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/03.pdf>
 15. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demandados serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p. 65-112.
 16. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Comunic Saúde Educ [periódico online] 2003-2004 [acesso em: 2010 abr 20]; 9(16):39-52. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>
 17. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva [periódico online] 2003 [acesso em: 2010 abr 10]; 8(2):569-84. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a18v08n2.pdf>
 18. Uchôa, Alice da Costa. Experiências inovadoras de cuidado no programa saúde da família (PSF): potencialidades e limites. Comunic Saúde Educ [periódico online] 2009 [acesso em: 2010 abr 23]; 13(29):299-311. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n29/v13n29a05.pdf>
 19. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Comunic Saúde, Educ [periódico online] 2003-2004 set-fev [acesso em: 2010 abr 17]; 8(14):73-92. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a04.pdf>
 20. Gomes KO, Cotta RMM, Araújo RMA, Cherchiglia ML, Martins TCP. Atenção primária à saúde: a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. Ciênc saúde coletiva [periódico online] 2011 (Acesso em: 2012 jul 09); 16 Supl 1:881-92. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a20v16s1.pdf>
 21. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise de percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad Saúde Pública [periódico online] 2008 [acesso em: 2010 abr 23]; 24(1):100-10. Disponível em: URL: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24s1/15.pdf>
 22. Favoreto CAO, Júnior KRC. Alguns Desafios Conceituais e Técnico operacionais para o Desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma Proposta Transformadora do Modelo Assistencial. Physis [periódico online] 2002 [acesso em: 2010 abr 23]; 12(1):59-75. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v12n1/a05.pdf>

23. Silva KL, Sena, RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP* [periódico online] 2008 [acesso em: 2010 abr 23]; 42(1):48-56. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/07>
24. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface* [periódico online] 2005 [acesso em: 2010 abr 23]; 9(17):287-301. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>
25. Marques RM, Mendes A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad Saúde Pública* [periódico online] 2002 [acesso em: 2010 abr 23]; 18(1):163-71. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13802.pdf>
26. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da família. *Rev Saúde Pública* [periódico online] 2001 [acesso em: 2010 abr 23]; 35(3):303-11. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n3/5017.pdf>
27. Costa GD, Cotta RMM, Franceschini SCC, Batista RS, Gomes AP, Martins PC, Ferreira MLSM. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. *Physis* [periódico online] 2008 [acesso em: 2010 abr 23]; 18(4):705-26. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a06.pdf>
28. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Pública* [periódico online] 2004 [acesso em: 2010 abr 23]; 20(5):1.400-10, Disponível em: URL: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n5/36.pdf>
29. Egry EY, Oliveira MAC, Ciosak SI, Maeda ST, Barrientos DMS, Fonseca RMGS, Chaves MMN, Hino P. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na estratégia de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP* [periódico online] 2009 [acesso em: 2010 abr 23]; 43(2):1181-6. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a06v43s2.pdf>
30. Schimith MD, Lima MADS. O enfermeiro na equipe de saúde da família: estudo de caso. *Rev Enferm UERJ* [periódico online] 2009 [acesso em: 2010 abr 23]; 17(2):252-6. Disponível em: URL: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a20.pdf>
31. Leite RFB, Veloso, TMG. Limites e avanços do programa saúde da família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais. *Saúde Soc* [periódico online] 2009 [acesso em: 2010 abr 23]; 18(1):50-62. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/06.pdf>
32. Conil EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do programa saúde da família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saúde Pública* [periódico online] 2002 [acesso em: 2010 abr 23]; 18 Supl:191-202. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13805.pdf>
33. Pinheiro R, Luz MT. Práticas Eficazes e Modelos Ideais. In: Pinheiro R, Mattos RA. *A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Editora IMS/UERJ, 2005; p. 17-19.
34. Santana FR, Nakatani AYK, Freitas RAMM, Souza ACS, Bachion MM. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico

- online] 2010 (acesso em: 2012 jul 09); 15 Supl. 1:1653-64. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/077.pdf>
35. González AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. Ciênc Saúde Coletiva [periódico online] 2010 (acesso em: 2012 jul 09); 15(3):757-62. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15_n3a18.pdf

Correspondência:

Karine Lourenço de Figueiredo
Rua Andiroba 75, Bairro São Paulo.
31910-080. Belo Horizonte/Minas Gerais
Email: kaka.lf@gmail.com

Recebido em: 19/05/2013

Aceito em: 01/02/2014