

Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras*

THE CONCEPT AND PRACTICE OF COMPREHENSIVENESS IN PRIMARY HEALTH CARE: NURSES' PERCEPTION

CONCEPTO Y PRÁCTICA DE LA INTEGRALIDAD EN LA ATENCIÓN BÁSICA: LA PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS

Lislaine Aparecida Fracoli¹, Elma Lourdes Pavone Zoboli², Gabriela Ferreira Granja³, Regina Célia Ermel⁴

RESUMO

O objetivo deste estudo é debater o discurso das enfermeiras sobre o conceito da integralidade em saúde e como operacionalizar na prática a integralidade na Atenção Básica. Considerando a integralidade como um dos pilares do SUS e tomando a força de trabalho em enfermagem como um contingente considerável de pessoas para operar na construção do SUS, considerou-se importante identificar as bases conceituais e práticas que direcionam o trabalho das enfermeiras para a construção da integralidade na saúde. Neste estudo qualitativo exploratório, foram entrevistadas 10 enfermeiras que atuam na atenção básica em três municípios do interior do estado de São Paulo. Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas e analisados segundo a técnica do discurso do sujeito coletivo. Os resultados mostram que as concepções que as enfermeiras possuem sobre integralidade estão diretamente relacionadas à prestação de assistência e que estas profissionais colocam a integralidade em prática ao executar seu processo de trabalho cotidiano.

DESCRIPTORES

Atenção Primária à Saúde
Assistência Integral à Saúde
Enfermagem em saúde comunitária
Enfermagem em saúde pública

ABSTRACT

The objective of this study is to debate on the nurses' discourse on the concept of health comprehensiveness and how to implement it in primary health care practice. Considering that comprehensiveness is one of the pillars of the Brazilian public health system (SUS) and taking nursing work force as a considerable commission of people to work for the construction of the SUS, the authors considered important to identify the conceptual bases and practices that guide nurses' work towards in the construction of health comprehensiveness. In this qualitative, exploratory study interviews were performed with 10 nurses working in primary health care centers in three cities in the interior state of São Paulo. Data collection was performed through semi-structured interviews and analyzed according to the collective subject discourse technique. Results showed that the nurses' conceptions on comprehensiveness are directly relates with providing care, and that these professionals put comprehensiveness into practice through their everyday work.

DESCRIPTORS

Primary Health Care
Comprehensive Health Care
Community health nursing
Public health nursing

RESUMEN

Se objetivó discutir el discurso de enfermeras sobre el concepto de integralidad en salud y cómo operacionalizar en la práctica la integralidad en Atención Básica. Constituyéndose la integralidad como uno de los pilares del SUS y tomando la fuerza laboral de enfermería como un contingente razonable de personas para operar en la construcción del SUS, se consideró importante identificar las bases conceptuales y prácticas que orientan el trabajo de enfermeras para la constitución de la integralidad en salud. Estudio cualitativo, exploratorio. Fueron entrevistadas 10 enfermeras actuantes en Atención Básica en tres municipios del estado de São Paulo. Se recolectaron datos a través de entrevistas semiestruturadas, analizadas según técnica del Discurso del Sujeto Colectivo. Los resultados mostraron que las concepciones de las enfermeras acerca de la integralidad están directamente relacionadas a la prestación de atención y que estas profesionales colocan a la integralidad en práctica al ejecutar su laboral cotidiano.

DESCRIPTORES

Atención Primaria de Salud
Atención Integral de Salud
Enfermería en salud comunitaria
Enfermería en salud publica

* Extraído da Pesquisa "Semântica e Operacionalização dos princípios éticos do SUS: um enfoque bioético", Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2005. ¹ Professora Doutora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. lislaine@usp.br ² Professora Doutora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. elma@usp.br ³ Enfermeira. Mestre pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. gabrielafranja@hotmail.com ⁴ Enfermeira. Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Marília, SP, Brasil reginaermel@usp.br

INTRODUÇÃO

A luta pela integralidade como um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) implica repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas de saúde⁽¹⁾.

Uma mudança radical no modelo de atenção à saúde envolve não apenas priorizar a atenção primária e retirar do centro do modelo o papel do hospital e das especialidades mas, principalmente, concentrar-se no usuário-cidadão como um ser integral, abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doentes. As práticas interativas devem estar disponíveis como alternativas do cuidado. A humanização do cuidado, que envolve o respeito na recepção e no atendimento até a limpeza e conforto dos ambientes dos serviços de saúde, deve orientar todas as intervenções em saúde, que tomem por base o conceito de integralidade⁽²⁾.

Racionalmente pensados, os modelos assistenciais têm-se mostrado pouco eficientes no cumprimento de seus objetivos e isto tem reforçado ideias de que as práticas podem ser mais eficazes quando postas como potentes ferramentas de construção do SUS e, por que não, da materialização da integralidade como direito e como serviço⁽³⁾.

Integralidade é definida como um princípio do SUS, que considerando as dimensões biológica, cultural e social do usuário, orienta políticas e ações de saúde capazes de atender as demandas e necessidades no acesso à rede de serviços. Constrói-se na práxis das equipes de saúde *com* e *nos* serviços de saúde⁽⁴⁾.

Na atenção básica, a integralidade constitui-se no cotidiano do trabalho por meio das interações que acontecem entre o usuário e os profissionais, incluindo a enfermagem⁽⁴⁾. Então, considerando a integralidade como um dos pilares do SUS e tomando a força de trabalho em enfermagem como um contingente importante de pessoas para operar na construção do SUS, considerou-se importante identificar quais são as bases conceituais e práticas que direcionam o trabalho das enfermeiras para a construção da integralidade na saúde.

REVISÃO DE LITERATURA

A palavra *Integralidade* encontra-se no discurso propagado por organismos internacionais, ligado às ideias de atenção primária e de promoção de saúde. Mais recentemente, esta palavra tem sido encontrada nas propostas de programas do Ministério da Saúde em nosso país e nas crí-

ticas e proposições sobre a assistência à saúde de alguns acadêmicos brasileiros. Essa ampla utilização da palavra *integralidade* talvez explique, ainda, mesmo que parcialmente, a clara escassez bibliográfica sobre o tema⁽⁵⁾.

O termo *integralidade* tem sido correntemente utilizado para designar um dos princípios do SUS. Antes de ser consagrada como tal pelo texto de nossa Constituição, a integralidade era uma das *bandeiras de luta* do chamado Movimento Sanitário. Por outro lado, em que pesem os avanços do SUS desde a sua criação, a integralidade ainda é um princípio que não se concretizou plenamente no cotidiano de muitos brasileiros⁽⁶⁾.

Enfim, o que é integralidade? Poderíamos dizer numa primeira aproximação que é uma das diretrizes básicas do SUS. De fato, o texto constitucional não utiliza a expressão integralidade; ele fala em *atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*. Mas o termo integralidade tem sido utilizado correntemente para designar exatamente essa diretriz⁽⁷⁾.

Um estudo⁽⁸⁾ buscou definir integralidade utilizando o velho dicionário Aurélio, sem, porém, encontrá-la. Entretanto, seu núcleo semântico é bem claro e preciso: estar todo, inteiro, completo e, no campo da saúde, há diferentes compreensões de integralidade, que dependem fundamentalmente do que os diferentes projetos tecnopolíticos no campo pretendem integrar, isto é, *tornar inteiro: completar, inteirar, integralizar*.

Um primeiro sentido de integralidade relaciona-se com um movimento que ficou conhecido como medicina integral. Suas origens remontam às discussões sobre ensino do médico nos Estados Unidos. Para a medicina integral, a integralidade teria a ver com uma atitude dos médicos que seria desejável, que se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz sofrimento e, portanto, à queixa desse paciente⁽⁷⁾.

Na prática dos serviços de saúde encontramos diferentes profissionais que tentam realizar a integralidade. Um exemplo seria o encontro do médico com o paciente portador de um sofrimento. O médico aproveita o encontro para apreciar fatores de riscos de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto daquele paciente e/ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram. Outro exemplo seria quando um agente comunitário que segue rumo às visitas domiciliares se defronta com o convite de um morador para uma prosa sobre um problema que o aflige⁽⁷⁾. Ou ainda quando uma enfermeira, durante a realização de uma consulta de enfermagem para crianças, procura identificar as condições sociais e afetivas da família para o cuidado e a estimulação dessa criança.

Quando isto ocorre, o profissional está tentando articular a prevenção e a assistência concomitantemente.

O princípio da integralidade corresponde exatamente a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública (preventivas) e as práticas assistenciais. Articular práticas de saúde pública com assistenciais significa borrar as distinções então cristalizadas entre os serviços de saúde pública e serviços assistenciais. A integralidade é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos nos diferentes níveis de complexidade do sistema⁽⁶⁾.

A integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre os diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde⁽³⁾.

Poucos estudos foram encontrados na literatura sobre integralidade e sobre a compreensão da integralidade na perspectiva dos enfermeiros contabilizou-se apenas um, realizado com enfermeiras que atuavam na Atenção Básica de um município no Estado de Mato Grosso do Sul⁽⁹⁾. O estudo tinha por objetivo conhecer as representações sociais que as enfermeiras possuíam sobre a assistência integral à saúde da mulher. Este estudo acaba por concluir que a enfermeira tem uma visão fragmentada da assistência à saúde da mulher, visão esta ainda pautada nas queixas físicas; não consegue definir o que seja integralidade, repetindo o discurso do atendimento holístico, sem entender direito o que isso realmente significa. As autoras consideram que a Enfermagem trabalha de forma individualizada, entendendo que o serviço não está organizado para atingir a integralidade na assistência.

A integralidade, como toda *imagem objetivo*, é polissêmica, ou seja, tem vários sentidos. Ela traz consigo um grande número de possibilidade de realidades futuras a serem criadas⁽⁷⁾. Talvez não devamos buscar definir a integralidade, mas temos sim que identificar os sentidos que os profissionais de saúde de um modo geral – e os enfermeiros de um modo mais específico – estão conferindo a concepção e a prática desse princípio tão importante do SUS.

Assim o objetivo desse estudo foi identificar as concepções e a forma de operacionalizar (na prática) a integralidade na saúde, na perspectiva das enfermeiras que atuam na Atenção Básica.

MÉTODO

Este artigo deriva da pesquisa *Semântica e Operacionalização dos princípios éticos do SUS: um enfoque bioético*, pesquisa financiada pelo CNPq, processo nº 402429/2005-2.

Esta pesquisa trilhou os caminhos da abordagem qualitativa, pois o fenômeno investigado situa-se no universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes e é próprio das pesquisas qualitativas buscarem compreender este espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que dificilmente pode ser reduzido à operacionalização de variáveis típica das abordagens quantitativas⁽¹⁰⁾.

O presente estudo tomou por cenário três municípios diferentes do estado de São Paulo, com mais de 150.000 habitantes cada um, os quais foram: Santos, Marília e São Carlos. Estes municípios, além de estarem em regiões distintas do estado, têm variações no seu IPRS (Índice Paulista de Responsabilidade Social), o que indica diferentes graus de desenvolvimento para os mesmos. Considerou-se que estes municípios permitiam dar conta da variabilidade e amplitude de uma amostra qualitativa, cuja representatividade não é numérica, mas a variabilidade que permitiria abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões.

Os sujeitos foram 10 enfermeiras(os) que atuam na Atenção Básica desses municípios, tanto em Unidades Básicas de Saúde (UBS) como em Unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), já que existiam dentre os três municípios estas duas estratégias para a conformação da rede de Atenção Básica. Primeiro, considerando o critério de variabilidade, foram selecionadas as unidades de saúde a serem incluídas. Em Marília, a rede primária era constituída por 28 unidades da ESF e 13 UBS. São Carlos contava com 11 unidades da ESF e 11 UBS. Santos contava com 21 UBS, dentre as quais, em quatro regiões da cidade (Continental, dos Morros, Noroeste e Centro Histórico) mesclavam as atividades da ESF com a rotina de UBS. Estas foram tomadas como ESF para efeitos do estudo e para UBS ficaram as que tinham somente organização de UBS.

De cada rede municipal, e para cada tipo de unidade de saúde, foram incluídas duas: a mais antiga e a mais nova, considerando o início de suas atividades no município. Nas Unidades de Saúde da Família entrevistava-se ao menos uma equipe completa e para as Unidades Básicas de Saúde, não reorganizada pela ESF, entrevistavam-se todos os profissionais da unidade incluída. Assim, para esta análise, selecionamos como sujeitos do estudo as enfermeiras mais antigas e as mais novas, considerando o início de suas atividades no município. Para determinar as unidades a serem incluídas, uma fonte essencial de informação foi o conhecimento que os pesquisadores tinham da história da rede de saúde de cada um dos municípios, já que não havia documentação escrita, de fácil acesso, sobre a trajetória de implantação dos serviços nas Secretarias.

Segundo determinações da Resolução CNS/MS 196/96, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Com esta aprovação inicial do CEP da EEUSP, o projeto foi novamente submetido

do ao CEP de pertinência em cada um dos três municípios. Somente após a aprovação de um CEP local, da direção da Secretaria Municipal e das Unidades de Saúde, é que se iniciou a abordagem das enfermeiras nas unidades selecionadas, a fim de efetuar o processo de Consentimento Livre e Esclarecido que incluía a explicação do projeto e o que seria pedido a cada um como procedimento de pesquisa. Também se assegurou a liberdade de participação e o direito de retirada de cada sujeito, sem prejuízos ou constrangimentos. As enfermeiras eram abordadas individualmente, durante o horário de trabalho, em condições que a privacidade que pudessem assegurar a liberdade de recusa para participar do estudo e para dar seu depoimento sem constrangimentos, caso aceitasse ser entrevistada.

O instrumento para a coleta de dados desta pesquisa foi um roteiro com três perguntas norteadoras. Este roteiro foi submetido a dois pré-testes até chegar a sua versão final. As questões norteadoras abordavam as concepções das enfermeiras sobre atenção integral à saúde; as percepções que estas tinham sobre a operacionalização dessa atenção integral no seu cotidiano de trabalho. Após três rodadas de pré-testes, as perguntas ficaram definidas: *Fale-me sobre atenção integral à saúde; Como você vê isto na sua prática? e Para você, o que seria integralidade?*

Todos os depoimentos coletados foram gravados, em meio digital, e transcritos. Os dados coletados foram organizados por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁽¹¹⁾, com vistas a identificar os sentidos e a operacionalização conferidos e a semântica para o termo integralidade.

O DSC constitui uma técnica de organização de dados discursivos em pesquisa qualitativa que permite resgatar o estoque de representações que se tem sobre um determinado tema em um dado universo. A matéria prima a ser trabalhada pelo DSC é o pensar, expresso de forma discursiva, de um conjunto de sujeitos sobre certo assunto. Os discursos são submetidos a uma análise de conteúdo que se inicia com a decomposição destes nas principais ancoragens ou ideias centrais presentes em cada um e em todos reunidos, seguindo-se a uma síntese que visa à reconstituição discursiva da representação social⁽¹¹⁻¹²⁾.

Assim, após a transcrição das entrevistas, os depoimentos dos sujeitos entrevistados foram organizados com a utilização das figuras metodológicas constitutivas da proposta do DSC: expressão chave, ideia central e discurso do sujeito coletivo.

Expressão-chave é a transcrição literal de trechos ou segmentos, contínuos ou descontínuos, do discurso que permitem o resgate do essencial do conteúdo discursivo. Este momento da análise é crucial, pois a comparação das expressões-chave selecionadas com a integralidade do discurso e com as ideias centrais permite ao leitor julgar a pertinência da tradução dos depoimentos feita pelo pes-

quisador, o que imprime às expressões-chave o caráter de uma espécie de *prova discursivo-empírica* da veracidade da análise de conteúdo realizada⁽¹¹⁻¹²⁾.

Ideia central (IC) é um nome ou expressão linguística que traduz o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos. Revela e descreve o sentido e o tema de cada um dos depoimentos analisados, constituindo a síntese de um discurso ou de um grupo de discursos homogêneos⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

O *Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)* é reunião em um discurso-síntese das expressões-chave que manifestam a mesma ideia central. Na Representação Social apresentada através do DSC, os indivíduos da coletividade geradora da representação *deixam de ser indivíduos para se transmutarem, se dissolverem e se incorporarem num ou em vários discursos coletivos que os expressam e à dita representação*⁽¹¹⁾.

Depois de construídos os DSC, os discursos dos entrevistados foram revisitados com o olhar da análise de conteúdo, na modalidade análise categorial temática⁽¹³⁾. O propósito era isolar unidades de contexto que pudessem ilustrar os DSC, que neste momento passaram a configurar os temas como unidades de registro. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens⁽¹³⁾.

Em geral, a pesquisa qualitativa permite incorporar a questão do significado e da intencionalidade aos atos, às relações e às estruturas sociais, propiciando o desvelar de processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares. Assim, possibilita a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias⁽¹⁰⁾. É claro que sucessivas abordagens do mesmo objeto contribuem para adensar a compreensão dos significados e isso é especialmente verdade em temas complexos como a integralidade. Por isso, esta única abordagem do estudo, ainda que mesclando metodologias para análise do discurso, é limitada na construção de uma concepção ampla do que vem a ser integralidade em saúde, na visão das enfermeiras da atenção básica. Entretanto, é suficiente para deixar clara a polissemia do termo, ao evidenciar que não há um entendimento único para integralidade entre os entrevistados. E, ao fazer isso, contribuiu para que entendêssemos as dificuldades usuais para se delimitar indicadores específicos de avaliação da efetivação deste princípio do SUS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação à concepção de integralidade, a análise dos discursos das enfermeiras nos possibilitou construir um DSC com três IC diferentes, as quais são apresentadas a seguir.

DSC 1A - Integralidade é... O indivíduo como um todo (bio-psico-social)

Integralidade é ver o indivíduo como um todo, como ser biológico, psicológico, social e, às vezes, até espiritual também. A integralidade é lembrar que o indivíduo é um ser completo, um ser integral, tentando cuidar do paciente como um todo, não só aquela parte que está doente. Acima da queixa, o atendimento integral é ver tanto a doença quanto a parte social e psíquica. Conversando, a gente consegue fazer isso; assistir paciente em todos os sentidos: ele não precisa só de um curativo, mas de uma conversa, uma atenção. A integralidade é essa assistência à saúde como um todo, para que a pessoa possa conviver com a sua doença de forma digna e ser feliz.

DSC 1B - Integralidade é... Identificar necessidades e problemas de saúde

Integralidade é você atender todas as necessidades que o indivíduo vem procurar na unidade. E, na comunidade, é atender a todas as pessoas; conforme vai chegando na unidade, vai fazendo o atendimento do indivíduo em todas as suas demandas. Integralidade é dar atenção em cada necessidade que o paciente tem..

DSC 1C - Integralidade é... a articulação entre ações curativas e ações cuidativas

Integralidade é vermos como um todo as ações voltadas para o cidadão e sua família: a parte preventiva e curativa. Não é só fazer uma coleta de Papanicolau, mas também saber se ela (a mulher) tem hipertensão, é diabética, como está a dieta, a vida, se pratica exercício físico, se tem conhecimento de nutrição. Integralidade, dependendo da comunidade, é um serviço de água ou serviço de atenção nas escolas, é todo atendimento integral para primeiramente prevenir a doença e não somente curá-la, depois lembrar sempre que precisa dar orientação, ajudando a prevenir a doença.

A análise dos discursos acima nos mostrou que as concepções que as enfermeiras possuem sobre integralidade estão diretamente relacionadas à prestação de assistência. Ainda que reconheçam a integralidade como um elemento da ESF, nos DSC acima, as enfermeiras não deixam claras as correlações da atenção integral e da integralidade como um princípio do SUS, expressando-os, sobremaneira, enquanto princípio orientador de uma dada prática clínica. Nos DSC das enfermeiras, a concepção de integralidade é tratada como sendo uma crítica à dissociação entre as práticas de saúde pública (preventivas) e as práticas assistenciais (curativas), embora essa crítica não tenha força suficiente para propor uma prática cuidativa como sendo um enfoque importante da integralidade. As enfermeiras apontam em seus discursos que articular práticas de promoção, prevenção e cura implica borrar as distinções então cristalizadas entre os serviços de saúde pública e serviços assistenciais. Nas concepções das enfermeiras, a integralidade é entendida como um conjunto de ações e serviços preventivos,

curativos, individuais e coletivos, nos diferentes níveis de complexidade do sistema, mas que tem sempre um único ponto de partida: as necessidades individuais dos usuários dos serviços de saúde⁽¹⁴⁾.

As enfermeiras apresentam em seus discursos uma visão da integralidade mais centrada no atendimento integral e não como um princípio de organização das redes de cuidado, a partir da atenção básica. Ou seja, na percepção das enfermeiras sobre integralidade predominaram os aspectos relativos ao microcosmos da Unidade e da atenção que presta ao usuário, não ficando clara uma percepção mais macro da organização da assistência à saúde e da relação de seu trabalho na Unidade com os demais níveis do Sistema.

Com relação às formas que as enfermeiras identificam a prática do princípio da integralidade no cotidiano do trabalho na Atenção Básica, o DCS construído apresentou três diferentes Ideias Centrais (IC). As categorias semânticas que compuseram essas IC foram muito parecidas com as obtidas na identificação do conceito de Integralidade descritas acima. O que mostra que as enfermeiras utilizam a matriz teórica que possuem de integralidade para instrumentalizar a operacionalização da mesma na prática no âmbito da Atenção Básica.

DSC 2A - Eu coloco em prática a integralidade através de atender o indivíduo como um todo

Trabalhando no PSF a gente visualiza o cuidado para o indivíduo, no contexto mais ampliado, olhando para doença e, em si, o indivíduo como um todo; um ser completo com necessidades gerais. Essa maneira de ver é mais facilitada porque a gente trabalha com famílias, praticamente está dentro da casa da pessoa, conhece esse contexto. O Programa de Saúde da Família facilita a gente enxergar o indivíduo como um todo, um ser integral, que precisa de algumas facilidades do atendimento e algumas prioridades também. A percepção do indivíduo como um todo é uma coisa que a gente preconiza dentro Unidade da Saúde da Família, contudo tem bastante dificuldade para colocar em prática por conta da demanda grande.

DCS 2B - Coloco a integralidade em práticas através de identificar necessidades e problemas de saúde e dar resolução para eles

A integralidade, na prática, acolho o paciente, trato, identifico a doença, dando uma preferência em cada necessidade que cada paciente tem. É tentar atender o indivíduo, no que vem buscar e na comunidade que ele mora. [Isso] é uma das ferramentas importantíssimas para o PSF. A partir do momento em que o usuário vem até a unidade de saúde, a gente escuta o usuário, procura transformar o acolhimento numa aproximação da família com a unidade de saúde. Não é uma prática fácil, a gente tem uma certa dificuldade por causa do espaço físico, o fluxo e quando tem necessidade de encaminhar, a gente promove este encaminhamento para atenção secundária especializada.

DSC 2C - Coloco a integralidade em práticas através de articulação entre ações curativas e ações cuidativas

Atenção integral à saúde nos programas de saúde [criança, adulto idoso], na saúde em geral ou dividido na saúde do adulto, da mulher é fazer prevenção, promoção, recuperação e restabelecimento da saúde. É atenção curativa conforme a demanda espontânea da população e a preventiva, avaliando dados levantados, fazendo planejamento. É atenção primária; é a prevenção da saúde; é o cuidar antes de instalar a doença, indo fazer visita do paciente, identificando a doença. É desenvolver ações educativas, orientações, programas específicos, saúde da mulher, criança, idoso, tentando promover a saúde.

Os discursos das enfermeiras nos mostraram que estas profissionais colocam a integralidade em prática ao executar seu processo de trabalho cotidiano. A análise dos discursos nos mostrou que para as enfermeiras o processo de trabalho, em si, é composto por ações de saúde que buscam a integralidade da assistência. O estudo⁽¹⁵⁾ que resultou no Inventário Vocabular para orientar a prática de enfermagem no Brasil deixa evidente que o foco da prática de enfermagem e as ações de intervenção que deles derivam apresentam claramente a assistência integral como inerente às ações e ao processo de trabalho da enfermeira. Quando se analisa o objeto e a finalidade, bem como os meios e instrumentos do processo de trabalho da enfermeira na Atenção Básica, fica claro que este é recortado de maneira mais ampliada, ou seja, os fenômenos sobre os quais a Enfermagem se debruça não são fenômenos apenas biológicos ou patológicos, são também fenômenos sociais e de interações.

Outra questão presente nas formas como as enfermeiras vêm a integralidade operacionalizada é a organização do trabalho na Atenção Básica através da Estratégia Saúde da Família. As enfermeiras consideram esta estratégia como sendo uma forma de organização da assistência em saúde que propicia o desenvolvimento da assistência integral a saúde. Pesquisas realizadas no âmbito da Estratégia Saúde da Família mostram que, de fato, essa forma de se organizar o trabalho em saúde propicia uma abordagem integral e integradora, numa perspectiva ampliada de promoção da saúde⁽¹⁴⁾.

CONCLUSÃO

A integralidade tem sido colocada como uma parte de uma *imagem-objetivo* que nos move e tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade. Pode-se considerar que uma *imagem-objetivo* parte de um pensamento crítico, que não reduz a realidade ao que *existe*, que se indigna com algumas características do que existe e almeja superá-las; o seu enunciado sintetiza nosso movimento.

Fica evidente que a integralidade deve ser fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, consideran-

do-se como serviço de saúde um centro de saúde, uma equipe da ESF, um ambulatório de especialidades ou um hospital e deve ser pensada no espaço singular do serviço e da ação de cada profissional de saúde⁽¹⁶⁾. Assim, na ciência da Enfermagem, ao tentar construir indicadores para a avaliação da integralidade dos cuidados prestados no SUS, é preciso incorporar nos estudos a articulação das interfaces entre os saberes epidemiológicos e das ciências sociais, num diálogo participativo e inclusivo com os atores sociais do sistema de saúde. Ou seja, fica evidente que a integralidade é objeto que se presta às abordagens compreensivas e às metodologias participativas de pesquisa.

Na prática profissional, o estudo mostrou a importância dos diferentes profissionais de saúde repensarem seus processos e instrumentos de trabalho, no sentido de verificar o quanto esses processos se aproximam ou se distanciam da assistência integral em saúde. Os elementos para sistematização da assistência de enfermagem apresentados pela CIPESC, constituem um referencial teórico-prático potente para efetivar isso na prática de enfermagem e importante para colaborar com a discussão da temática de integralidade nas outras práticas profissionais em saúde⁽¹⁵⁾.

O desafio que se coloca atualmente para a Enfermagem é pensar a integralidade da atenção, concebida em rede, que articule a integralidade focalizada no interior de cada processo de trabalho, com a integralidade mais ampliada que se realiza em uma rede de serviços de saúde ou não. A importância de se tomar a integralidade como objeto de reflexão de (novas) práticas da equipe de saúde e sua gerência se baseia na compreensão de que a construção da integralidade não ocorrerá em um lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial.

Portanto, a integralidade traz um convite aos formuladores das políticas de enfrentamento e erradicação de patologias para que estes não reduzam as políticas de saúde a políticas que têm por único objetivo reduzir a magnitude de certas doenças, mas que também pensem em ampliar o acesso e garantir a cobertura de ações e cuidados à saúde a partir da adoção de medidas para expandir e organizar redes de serviço de saúde articuladas⁽⁶⁾.

A reorganização da Atenção Básica pela Estratégia Saúde da Família vem permitindo a organização de unidades básicas de saúde mais acolhedoras, com melhor qualidade e resolutividade das ações que realiza, e com ações de enfermagem que sejam integral, preventiva e curativa, baseadas nas necessidades e demandas da população. É preciso, dessa maneira, ativar o potencial de resolubilidade destas unidades de saúde internamente e na articulação com os demais componentes do sistema local de saúde por meio de garantias de referência e contrarreferência.

REFERÊNCIAS

1. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p. 113-26.
2. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade [documento preparado para o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira integrado pela ABRASCO, CEBES, ABRES, Rede Unida e AMPASA]. Rev RADIS. 2006;(49):20-7.
3. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p. 65-112.
4. Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(1):48-56.
5. Camargo Junior KR. As muitas vozes da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p. 11-15.
6. Mattos RA. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2003. p. 45-59.
7. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p. 39-64.
8. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2003. p. 89-111.
9. Reis CB, Andrade SMO. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência a saúde da mulher na rede básica. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(1):61-70.
10. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 1996.
11. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica na pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.
12. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liberlivro; 2005.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
14. Chieza AM, Fracolli LA, Veríssimo MDLOR, Zoboli ELCP, Ávila LK, Oliveira AAP. A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(n.esp 2):1352-7.
15. Egry EY, Garcia TR. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010.
16. Matos E, Pires DEP. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. Texto Contexto Enferm. 2009;18(2):338-46.

Financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, processo nº 402429/2005-2