

# Artigo Original

## INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE: VISÃO DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Anne Jaquelyne Roque Barrêto<sup>1</sup>  
Cibele de Oliveira da Silva<sup>2</sup>  
Khátia Regina Silva Santos<sup>3</sup>  
Aline Morais<sup>3</sup>

---

### RESUMO

A integralidade é o eixo norteador das ações de saúde, sendo um dos princípios do SUS mais relevantes no processo de articulação assistencial de caráter preventivo e/ou curativo. Imerso neste contexto conceitual, evidencia-se a integralidade do cuidado como fator relevante na desenvoltura da Estratégia de Saúde da Família, abrangendo as atividades do enfermeiro como fundamental para atitude holística frente ao indivíduo. Objetivou-se investigar a percepção dos enfermeiros com base na integralidade do cuidado, desenvolvido nas Unidades Saúde da Família, situadas no bairro Mangabeira, na cidade de João Pessoa-PB. Trata-se de um estudo de caráter exploratório com abordagem qualitativa, cuja amostra foi composta por oito enfermeiros que atuam nestas unidades e que concordaram em participar do estudo. Para coleta dos dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática. De acordo com os depoimentos dos enfermeiros, o entendimento sobre a integralidade está pautado na visão holística do usuário, na criação de redes integrais de saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais. Entretanto para que se concretize é preciso vontade política e práticas de saúde mais humanizadas. Verificou-se, também, que a precariedade do sistema de especialidades, a infraestrutura inadequada das USF e principalmente o desconhecimento dos profissionais acerca desse tema dificultam o processo de efetivação do cuidado integral aos usuários do SUS. A interdisciplinaridade e o trabalho dos ACS configuram como estratégias fundamentais nesse processo. Entende-se que existe necessidade de disparar processos de reflexão sobre o processo de trabalho do enfermeiro com base na integralidade, tendo em vista ser este um princípio norteador para efetivação de um sistema de saúde de caráter social e de respeito à cidadania.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Integralidade. Programa Saúde da Família.

---

### INTRODUÇÃO

No Brasil, a questão da integralidade da atenção à saúde ganha força como uma das principais bandeiras de luta da Reforma Sanitária, desde a década de 1970, em busca de um sistema de saúde mais justo, universal e que atendesse às necessidades da população através do desenvolvimento da atenção básica em saúde<sup>1</sup>.

A partir de 1980, em meio às ideias neoliberais que pregavam um Estado “enxuto”, a integralidade aparece como um diferencial no Brasil, com a proposta da construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) que contemplasse as ações de saúde de forma integrada e articulada entre os diferentes níveis do sistema. Nesse contexto, observa-se que a discussão

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). End.: Rua Dilson Pessoa, 69, Água Fria. CEP: 58077-330. João Pessoa-PB, Brasil. Tel.: (83) 8763-0384. E-mail: annejaque@gmail.com.

<sup>2</sup> Enfermeira. Graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). João Pessoa, Brasil.

<sup>3</sup> Alunas do 6º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). João Pessoa, Brasil.

sobre a integralidade é o ponto central para a reorganização do sistema de saúde, podendo ser até definida como fator essencial da política pública.

Assim, o ponto chave para garantir a integralidade é estabelecer a relação sujeito-sujeito, em busca de compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços que o indivíduo apresenta, e que esses serviços sejam resolutivos aos seus problemas de saúde, pois a necessidade de serviços assistenciais de uma população não poderá ser reduzida ao seu sofrimento e sim buscar informações e intervir para prevenir sofrimentos futuros.

Entende-se por integralidade o cuidado de pessoas, grupos e coletividade, percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere<sup>2</sup>.

Nesse sentido, a integralidade deverá ser trabalhada segundo três grandes eixos ou grupos de sentidos, tais como: a visão integral do profissional, a integração das ações nos serviços de saúde e seus processos de trabalho, e a integração do sistema de saúde enquanto política setorial<sup>3</sup>.

Tomando como base esses grupos de sentido, a equipe Saúde da Família possui grandes desafios em seu campo de atuação, pois deverá proporcionar ações de saúde que devam ser voltadas ao mesmo tempo para o indivíduo e a comunidade, para a prevenção, promoção e recuperação, de forma integral e contínua, sempre respeitando a dignidade humana<sup>4</sup>.

Pode-se atribuir à integralidade um conjunto de sentidos, dentre os quais encontramos: os atributos das práticas dos profissionais de saúde, ou seja, cabe a cada membro capacitado cumprir todas as suas funções, para que as ações de saúde sejam desempenhadas com sucesso. Atributos da organização dos serviços, ou seja, articular práticas de saúde pública a serviços assistenciais; e aplicar as respostas governamentais aos problemas de saúde, através de programas, em busca de uma resposta positiva a determinados problemas de saúde.

É importante ressaltar que a integralidade se constitui um dos pilares doutrinários do SUS de modo que existe a necessidade da construção de políticas públicas e o desenvolvimento das ações de saúde que visem sua (re)estruturação com base em seu

conceito. Por outro lado, sabe-se que esse entendimento deverá perpassar por todos os níveis de atenção à saúde, inclusive nos espaços micros, onde atuam essas Equipes de Saúde da Família.

Nessa lógica, a equipe de Saúde da Família tem papel fundamental na construção do cuidado pautado na integralidade em seu espaço de atuação, onde o enfermeiro se configura como um dos profissionais essenciais para a concretização da integralidade, posto que este seja figura relevante neste processo pelo fato de ser um manuseador das ações de saúde, seja de forma preventiva ou curativa, sobretudo de promoção.

O interesse por este tema surgiu pela necessidade de investigar como os enfermeiros que atuam na ESF desenvolvem as ações básicas de saúde, tendo como base a integralidade do cuidado. Indagação da qual vigora a percepção peculiar das atividades de promoção, prevenção e de atenção construída por enfermeiros imersos no princípio abrangente da integralidade na atuação da ESF.

Com intuito de responder a esse questionamento, foram traçados os seguintes objetivos: identificar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família com base na integralidade do cuidado; levantar as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para produção do cuidado integral na USF; e conhecer as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para o alcance da integralidade na USF.

## METODOLOGIA

Estudo de natureza exploratória com abordagem qualitativa foi desenvolvido nas USF localizadas no bairro de Mangabeira, no município de João Pessoa-PB.

O universo da pesquisa foi representado por enfermeiros que trabalham nas USF, sendo a amostra composta por 08 (oito) enfermeiros que atuam nessas Unidades de Saúde e que concordaram em participar do estudo.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a junho de 2007, após prévia autorização da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, bem como após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE) - Protocolo nº 094/2006.

O instrumento de coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo questões inerentes ao tema do estudo. Para melhor apreensão das falas, utilizou-se um gravador de áudio portátil, após anuência dos sujeitos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A fim de garantir o anonimato dos entrevistados, foi solicitado que cada um escolhesse um nome fictício e, posteriormente, todas as falas foram transcritas, respeitando sua fidedignidade.

Para análise dos dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo Temática<sup>5</sup>, que explana um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) a partir de uma amostra de mensagens particulares.

Nesta mesma perspectiva, utilizou-se a análise de caráter temático por ser o tema a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, consistindo em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido. Portanto, sendo o tema utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências etc, em que as respostas a questões abertas, às entrevistas individuais ou de grupo, podem ser e são frequentemente analisadas tendo o tema por base<sup>5</sup>.

Para tanto, promoveu-se, baseada nesta metodologia, a organização dos dados colhidos a partir da realização das oito entrevistas, obedecendo às exigências da análise do conteúdo, o qual aponta como pilares a fase de descrição e preparação do material, a inferência ou a dedução e a interpretação. Dessa forma, usufruiu-se dos principais pontos da pré-análise: a leitura flutuante - do qual se realizaram as primeiras leituras de contato com os textos; a escolha dos documentos - no caso os relatos transcritos; a formulação das hipóteses e objetivos - relacionados com a percepção do enfermeiro frente ao tema; a referenciação dos índices e elaboração dos indicadores - a

frequência das respostas análogas; e a preparação do material. Por isso, todas as entrevistas foram registradas através de gravação em áudio, transcritos na íntegra e autorizadas pelos participantes, além de que os textos passaram por pequenas correções linguísticas, porém, não eliminando o caráter espontâneo das falas.

Para o tratamento dos dados, a técnica da análise temática ou categorial foi utilizada e baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação e, posteriormente, realizar o seu reagrupamento em categorias<sup>5</sup>.

Assim, na fase seguinte, a exploração do material, tem-se o período mais duradouro: a etapa da codificação, na qual são feitos recortes em unidades de contexto e de registro; e a fase da categorização, no qual os requisitos para uma boa categoria são a exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade. Já a última fase do tratamento e inferência à interpretação permite que os conteúdos recolhidos se constituam em dados quantitativos e/ou análises reflexivas, em observações individuais e gerais das entrevistas.

Contudo, mediante o discurso dos enfermeiros entrevistados nas USF, foram agrupadas duas categorias temáticas: **Construção da Atenção à Saúde na Estratégia Saúde da Família pautada na integralidade do cuidado; e Integralidade da Atenção à Saúde: dificuldades e estratégias.**

Tal logo, a partir destas, foram divididas em três subcategorias temáticas: a primeira fala sobre o entendimento do enfermeiro em relação à integralidade; a segunda refere-se como pode ser construída a integralidade da atenção; e a terceira reporta-se as ações desenvolvidas com base na integralidade nas USF, facilitando desta forma a exposição da percepção do enfermeiro frente ao tema em questão.

O estudo foi realizado em conformidade com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, e com a Resolução nº 311/2007 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Construção da Atenção à Saúde na Estratégia Saúde da Família pautada na integralidade do cuidado

A categoria temática Construção da Atenção à Saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) pautada na integralidade do cuidado foi dividida em três subcategorias. A primeira fala sobre o entendimento do enfermeiro em relação à integralidade, a segunda como pode ser construída a integralidade na atenção à saúde e a terceira sobre as ações desenvolvidas com base na integralidade nas Unidades de Saúde da Família.

Em relação ao entendimento do enfermeiro sobre a integralidade na atenção a saúde, os entrevistados mencionaram que a integralidade é uma ação desenvolvida ao indivíduo para garantir as ações de prevenção e cura que ele necessita em qualquer nível de atenção. A educação em saúde foi citada como um incentivo para o autocuidado. No entanto, apenas dois entrevistados mencionaram que, para garantir a integralidade, é necessário um trabalho no âmbito da intersetorialidade (dependência de outros setores para um melhor atendimento, como por exemplo, educação, infraestrutura, habitação) bem como um sistema de referência e contrarreferência eficaz. Esse entendimento é encontrado nas seguintes falas:

“Integralidade na atenção a saúde é a manutenção da assistência ao indivíduo e seus familiares, proporcionando meios de atendimento em todos os níveis (primário, secundário, terciário), facilitando a todos os serviços de saúde e profissionais e proporcionando ações educativas para o autocuidado.” (Carmem)

“É um dos princípios do SUS mais difícil de ser efetivado, por depender de outras áreas setoriais (intersetorialidade), como educação, infraestrutura, habitação, assistência social, entre outros.” (Maria)

Vale salientar que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS, tornou-se uma verdadeira “bandeira de luta”. Ela tenta falar de conjunto de valores pelos quais vale lutar para que haja um ideal de sociedade<sup>2</sup>. Para

que haja assimilação da integralidade na atenção à saúde pelos profissionais e, posteriormente, para os usuários assistidos, é necessária a intervenção em saúde para além da doença ou corpo doente, com a apreensão das necessidades mais abrangentes dos sujeitos<sup>6</sup>.

Nesse sentido, a integralidade na atenção à saúde deve ter a visão do indivíduo ou do sujeito, como um todo. Um ser indivisível, observando seu modo de vida na sociedade, sua cultura, seus hábitos, o espaço geográfico em que vive como forma investigativa na culminação de doenças específicas da área. Por isso, é necessário enxergar estas diversas características. A ação integral, como o próprio nome já diz, é uma ação de forma a atender o indivíduo ou necessidades de populações de forma geral, na qual é possível associar práticas, serviços e políticas de saúde capazes de solucionar problemas, assim como preveni-las.

Existem vários sentidos atribuídos a integralidade dentre eles é colocada como parte de uma “imagem objetivo”, onde há o propósito de distinguir o que se almeja construir, ou seja, encontrar maneiras e possibilidades para realizações e transformações futuras do que já existe<sup>2</sup>.

Outro sentido atribuído à integralidade está ligado à organização dos serviços e das práticas de saúde. Para cumpri-lo é preciso “horizontalizar” os programas, antes verticais, ou seja, as equipes deveriam pensar no horizonte da população em que atendem e não só pensar do ponto de vista exclusivo dos programas do MS. A ideia é que o sistema de saúde local (re)organize seus serviços de saúde existentes em forma de redes e não em níveis de atenção.

Entende-se por redes assistenciais em saúde como um conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõe num determinado território geográfico exigindo a implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes, e isso não constitui tarefa fácil. Para garantir a ampliação desses serviços, existe a necessidade de ampliar a comunicação entre eles, resultando em processos de atenção e gestão eficientes e eficazes<sup>7</sup>.

Outro ponto importante, encontrado nas falas dos enfermeiros, remete-se à relação como pode ser construída a integralidade do

cuidado no âmbito do SUS. Para os entrevistados, é preciso vontade política, garantia de acesso e trabalhadores de saúde mais humanizados.

“É necessário a participação e envolvimento de todos os níveis de atenção à saúde, visando desburocratizar a assistência à saúde. Facilitar o trânsito do usuário em todos os níveis [...] enfim é necessário que todos falem a mesma língua.” **(Fátima)**

“É necessária uma vontade política, voltada para esse fim com mais seriedade.” **(Rose)**

“Um maior compromisso por parte dos profissionais, humanização da assistência e aprender a escutar melhor os pacientes.” **(Jacira)**

Para construir ou alcançar a integralidade se faz necessário: os gestores municipais, estaduais e federais passem a dar prioridade a este princípio na prática e da operação dos sistemas de saúde para que se possa então atender as premissas básicas; a garantia da atenção nos três níveis de complexidade da assistência; articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; a abordagem integral do indivíduo e família<sup>8</sup>. Tais medidas seriam ideais para que o processo de integralidade adquirisse vigor ideológico na garantia da qualidade da assistência.

Para garantir acesso aos serviços de saúde é essencial que estes sejam adequados às necessidades da pessoa, em tempo e local apropriados de modo a obter o melhor resultado possível<sup>9</sup>.

Nas últimas décadas, têm-se vivenciado a desumanização do cuidado pelos trabalhadores de saúde. Esse entendimento seria tratar pessoas como coisas, indicando a persistente ação de não reconhecer o doente como pessoa e sujeito, mas como objeto da intervenção clínica<sup>10</sup>. Com essa racionalidade, as pessoas doentes seriam vistas como um conjunto de necessidades padronizadas, atendidas por serviços igualmente estandarizados, estes influenciados por um modelo biomédico com foco na doença e na utilização de tecnologias duras<sup>10</sup>.

No entanto, o grande impasse da integralidade se reporta justamente a lacuna ofertada pela falta de comunicação entre os níveis de atenção. Percebe-se nesse movi-

mento, a precariedade na construção de redes assistenciais integradas, de forma que haja um processo dialógico efetivo entre os serviços, na resolução das necessidades de saúde apresentadas pela população local.

A respeito da produção do cuidado em saúde voltada para a humanização, deve se constituir o interesse na produção de uma inter-relação entre fundamentos, procedimentos e resultados das tecnologias da saúde e dos valores associados à busca da felicidade a cada vez reclamados pelos projetos existenciais de indivíduos e comunidade<sup>11</sup>. Assim, para que os trabalhadores de saúde produzam cuidados de forma humanizada, há necessidade de investimento da gestão na qualificação desses trabalhadores, utilizando métodos pedagógicos que favoreçam a ação-reflexão-ação de acordo com cada realidade. Enfatiza-se que a humanização deriva-se da competência profissional frente às habilidades técnicas e a sensibilidade de olhar o usuário como ser humano dotado de sentimentos e pensamentos<sup>11</sup>.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), instituída desde 2004, pelo Ministério da Saúde (MS), como política de qualificação para os recursos humanos na área da saúde, pode configurar-se como um dispositivo dessas mudanças de modo a favorecer a produção do cuidado pautado na integralidade da atenção.

Sobre as ações desenvolvidas na USF, a partir das falas dos entrevistados, houve uma maior aproximação da USF com a comunidade que possibilitou ao profissional de saúde, neste caso o enfermeiro, desenvolver maior vínculo com o usuário e sua família.

O enfermeiro passou a visualizar o indivíduo como um todo, com todas as suas necessidades sociais, emocionais e não apenas como portador de uma doença. Isso é importante porque retrata a construção da integralidade a partir da mudança da visão do profissional de saúde no seu espaço de atuação. Embora exista o esforço do profissional enfermeiro em visualizar o indivíduo de forma holística, este ainda por vezes se vê diante de uma visão voltada para tratar a doença e não as necessidades de saúde apresentadas pelas pessoas, conforme apontam suas falas:

“Sim, mas muitas vezes, ainda mantemos àquela visão de ser a parte doente, esquecendo que o indivíduo é um todo individualmente, na família e comunidade. Como por exemplo: um indivíduo portador de hipertensão (não é só um hipertenso) é um ser humano com sua vida regida por emoções, que trabalha, tem sua família, e assim por diante.” (Maria)

“Sim, quando procuramos ver o indivíduo como um todo em suas necessidades emocionais, sociais e biológicas; bem como as pessoas que convivem com o mesmo.” (Carmem)

“Sim, procurando não só olhar a doença e sim buscar descobrir o que está levando aquela pessoa a uma determinada patologia.” (Jacira)

É interessante ressaltar que a integralidade obtém ênfase significativa quando abordada pela óptica dos profissionais de saúde (aqui enfermeiros), sendo um aspecto primordial de ensejo para que o processo de integralidade se desenvolva de modo amplo, voltado para a peculiaridade de cada região territorial, e principalmente de forma específica para cada usuário, promovendo, contudo, com esta investida, uma reavaliação dos gestores em elaborar envolvimento deste princípio em sua aplicabilidade administrativa em prol de sua prática.

O conjunto de sentidos da integralidade que incide sobre as práticas dos profissionais de saúde retrata que a preocupação de discernir de um modo abrangente as necessidades dos usuários destes serviços, buscando, de um lado, gerar e aproveitar as oportunidades de aplicação das técnicas de prevenção e, de outro, levar em conta as necessidades que não se reduzem à prevenção e ao controle das doenças, constitui um desafio a ser vencido pelos profissionais de saúde<sup>3</sup>.

A compreensão da construção da integralidade, numa perspectiva de sistemas e práticas de saúde, enfrenta um conjunto de desafios, seja estruturais ou conjunturais. Os desafios estruturais surgem da dinâmica de reprodução do modelo médico assistencial privatista; e os conjunturais relacionam-se à implementação de políticas à expansão e qualificação da atenção básica que produzam fatos e percepções que contribuam para a mudança na prática e a concepção dos

sujeitos envolvidos na prestação de serviços de saúde<sup>12</sup>. Nesse sentido, a ESF pode ser um elemento fundamental para a adequação das respostas aos problemas e necessidades de saúde da população.

Por isso, faz-se necessário pensar diferente, encontrar novas maneiras e fluxos dentro do próprio sistema, para atender aos reais desejos e necessidades da população, e encontrar estratégias adequadas para construção de uma atenção à saúde fundamentada na humanização e integralidade do cuidado. Para que haja modificações, é preciso tomar medidas de reorganização do sistema que podem e devem ser implementadas para ter uma saúde pública voltada para o atendimento universal, integral e de boa qualidade.

### **Integralidade da atenção à saúde: dificuldades e estratégias**

Essa categoria temática refere-se aos meios que os enfermeiros procuram para garantir a atenção integral aos indivíduos sob sua responsabilidade. Optou-se, nessa categoria, dividir as falas em duas subcategorias. A primeira trata das *dificuldades encontradas para garantir a integralidade da atenção à saúde*; e a segunda, das *estratégias utilizadas para garantir a integralidade da atenção à saúde* na Unidade Saúde da Família.

As dificuldades identificadas estão relacionadas à precariedade do sistema de referência e contrarreferência, do qual se realiza a referência, embora seja rara a contrarreferência; a infraestrutura inadequada das USF e a falta de envolvimento e conhecimento dos profissionais de saúde com a prática da integralidade. Esses entendimentos estão nas seguintes falas:

“Sim, falta de esclarecimento da equipe e da clientela, principalmente quando se trata dos encaminhamentos.” (Patrícia)

“Dificuldade na referência e contrarreferência, a estrutura da unidade que não acomoda todos os cômodos para a instalação dos consultórios para a realização das ações curativas, vacinação etc.” (Fátima)

“Não, devido à falta, ou melhor, dificuldade no que tange a referência e contrarreferência e muitas vezes dentro da própria ESF, devido

à visão dos profissionais envolvidos na atenção ao usuário.” (Fátima)

O acesso aos serviços especializados torna-se difícil, mesmo quando são implantadas medidas mais rigorosas de exigência de referência (marcação de consulta) pelas unidades básicas, pelo fato do tempo despendido, falta de prioridades e escassez de vagas pela demanda considerável da procura. Em geral, as esperas são tão demoradas que resultam em desistência da consulta agendada. O número de consultas em especialidades torna-se insuficiente diante das necessidades da população usuária do sistema.

Os serviços ambulatoriais especializados mantêm certas “clientelas cativas”, que poderiam estar sendo acompanhadas em nível de rede básica. A contrapartida disto são os médicos da rede que frequentemente se “livram” dos usuários, encaminhando-os para os especialistas, quando poderiam fazer o seguimento no centro de saúde mesmo<sup>13</sup>. Isto constitui um problema grave, tendo em vista ser a ESF responsável pela coordenação do cuidado, a qual não condiz com a sumarização de prestação de encaminhamento sem, contudo, fazer uma análise do cuidado numa perspectiva de clínica ampliada.

Dessa maneira, as equipes das unidades deviam pensar suas práticas, sobretudo desde o horizonte da população a que atendem a suas necessidades e não mais desde o ponto de vista exclusivo de sua inserção específica neste ou naquele programa do MS. Neste momento, há necessidade de se estabelecer interação entre os profissionais e a população assistida, para que haja maior compromisso e melhores resultados<sup>2</sup>.

As especialidades de cada área acarretaram a fragmentação do trabalho desenvolvido nas unidades básicas, além da dificuldade de adotar os postos de saúde de recursos adequados. Acrescenta-se ainda a estes problemas a falta de qualificação dos profissionais para trabalhar, segundo os princípios da atenção à saúde e a baixa remuneração<sup>7</sup>.

Para que haja soluções para as dificuldades enfrentadas por estes profissionais é preciso estabelecer ações intersetoriais, como por exemplo, medidas de educação em saúde na perspectiva da construção de

autonomia de sujeitos e, principalmente, transformações das relações da própria equipe, havendo a superação dos problemas encontrados.

A interdisciplinaridade e o diagnóstico das necessidades de saúde da população se configuram como estratégias utilizadas pelo enfermeiro com o objetivo de garantir a integralidade da atenção na USF. Um dos atores fundamentais nesse processo é o Agente Comunitário de Saúde (ACS), como apontam as falas:

“Dentro dos limites, a equipe dispõe, ou seja, se propõe a utilizar todos os recursos disponíveis para garantir essa integralidade, porém dependemos de outras instâncias e nos sentimos muitas vezes impotentes por essas ações sofrerem solução de continuidade.” (Rose)

“A atenção estratégica é conhecimento das famílias, cadastramento da família e a visita domiciliar pelo agente comunitário de saúde. Então, basicamente é ele que detecta as grandes dificuldades, durante as reuniões e os estudos de caso, é que conseguimos solucionar alguma coisa, e a própria vinda do paciente, então desde que ele procure a unidade, a gente tenta solucionar o menos burocraticamente aquele problema em que ele se encontra. Mas, acho que o ponto chave mesmo é o agente comunitário de saúde nesse programa.” (Márcia)

“Buscando ajuda de outros profissionais, psicólogos, nutricionistas, endocrinologista e encaminhando os mesmos para atendimento especializado.” (Jacira)

A garantia do princípio da integralidade implica em dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, do processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os usuários, tanto no âmbito individual quanto da coletividade e devem proporcionar um atendimento organizado, diversificado e humano, não excluindo nenhuma das possibilidades de se promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos<sup>7</sup>.

A busca da interdisciplinaridade constitui um desafio constante da equipe de saúde, pois os fatores que dificultam essa prática no trabalho é a formação dos profissionais de saúde, que prioriza conhecimentos técnicos adquiridos e desconsidera

práticas populares da comunidade na qual a equipe é inserida. Além disso, privilegia o trabalho individual em relação ao coletivo, o que prejudica a integração da equipe e a aplicação da prática necessária<sup>14</sup>. A compreensão desse aspecto por parte dos profissionais de saúde e o compromisso destes, relacionado à produção da integralidade do cuidado deve ser um caminho percorrido pela equipe.

O ACS se constitui peça fundamental no processo de construção da prática da integralidade dentro da ESF. Este profissional foi inserido nessa estratégia no início da década de 1990 com o intuito de desenvolver ações de prevenção de doenças e aproximação entre comunidade e equipe de saúde. Conforme os depoimentos, o ACS é o elo entre a comunidade e a equipe de saúde local, uma vez que reside na própria comunidade onde trabalha.

No trabalho do ACS são identificadas duas dimensões: uma mais política na de organização da comunidade e de transformação das condições de saúde; outra mais técnica, relacionada ao atendimento aos indivíduos e famílias e à intervenção para a prevenção das doenças e agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos<sup>15</sup>.

No entanto, o esforço do ACS em garantir acesso aos serviços de saúde com assistência resolutiva para os indivíduos, família e comunidade não substitui a responsabilidade dos demais profissionais de saúde, em buscar estratégias, inclusive junto à comunidade, para resolver os problemas existentes em sua área de atuação. Logo, o enfermeiro deverá refletir sobre sua prática diária no serviço de saúde e qual sua influência na construção de um cuidado tendo como princípio a integralidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme discutido neste texto, a efetuação da integralidade do cuidado tem

sido um dos grandes desafios do SUS. O ideário deste princípio compõe um processo que se inicia na formulação de políticas do nível macro pelo Estado, passa pela gestão e gerência nos distintos níveis até a produção de ações de cuidado de saúde por meio das práticas para a atenção e o cuidado dos indivíduos<sup>16</sup>. Nesse contexto, a luta pela integralidade surge como expressão da insatisfação com as maneiras que as práticas de saúde, realizadas pelos profissionais de saúde, vêm sendo operacionalizadas.

A pesquisa, de acordo com as falas dos enfermeiros, oportunizou o conhecimento das ações realizadas na Estratégia Saúde da Família para a construção da integralidade do cuidado em saúde. Evidenciou que o entendimento sobre a integralidade está pautado na visão holística do usuário, na criação de redes integrais de saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais. Para isso, de acordo com as falas, é preciso vontade política e práticas de saúde mais humanizadas.

No entanto, verificou-se que a precariedade do sistema de especialidades, a infraestrutura inadequada das USF e principalmente o desconhecimento dos profissionais acerca da integralidade dificultam o processo de efetivação do cuidado integral aos usuários do SUS. Para seu alcance, foi mencionado que a interdisciplinaridade e o trabalho dos ACS configuram como estratégias fundamentais nesse processo.

Assim, a integralidade ainda é um dos princípios constitucionais mais desafiantes da saúde. Grandes transformações foram feitas, mas a falta de qualificação dos profissionais ainda contribui para o problema de uma assistência fragmentada e individual.

Para garantir a integralidade torna-se imprescindível organizar os serviços prestados a população, horizontalizar e hierarquizar as ações pautadas na intersetorialidade, realizar atividades multiprofissionais e, principalmente, que as relações entre os profissionais e indivíduos assistidos se constituam em co-responsabilização na construção do cuidado integral em saúde.

---

**INTEGRALITY OF HEALTH CARE: NURSE'S VIEW OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY**


---

**ABSTRACT**

The integrality is the axis norteador of the actions of health, being one of the beginnings of the SUS, more relevant in the process of articulation assistencial of preventive character and/or curative. Submerged in this conceptual context, the integrality of the care is evidenced as relevant factor in the self-confidence of the Strategy of Health of the Family, including the nurse's activities as fundamental for attitude holística front to the individual. It was aimed at to investigate the nurses' perception with base in the integrality of the care, developed in the unit of health of the Family, located in the neighborhood Mangabeira, in João's city Pessoa-PB. It is treated of a study of exploratory character with qualitative approach, whose sample was composed by eight nurses that act in these units and that you/they agreed in participating in the study. For collection of the data an interview itinerary was used semi-structured, the interviews were recorded and later transcribed. For analysis of the data, the technique of Analysis of Content, thematic modality was used. In agreement with the nurses' depositions, the understanding on the integrality is ruled in the user's vision holística, in the creation of integral nets of health and in the development of actions intersetoriais. However so that she render is necessary political will and practices of health more humanized. It was verified, also, that the precariousness of the system of specialties, the inadequate infrastructure of USF and mainly the ignorance of the professionals near of that theme, they hinder the efetivação process of the integral care to the users of SUS. The interdisciplinaridade and the work of ACS configure as fundamental strategies in that process. Understands each other that, need exists of shooting reflection processes on the work process of the nurse's with base in the integrality, tends in view to be this, a beginning guiding for effectuation of a system of health of social character and of respect to the citizenship.

**keywords:** Nursing. Integrality. Family Health Program.

---

**REFERÊNCIAS**

1. Mendes EV. A Atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
2. Machado MFAS. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - revisão conceitual. Artigo Article; 2006. p.335-42.
3. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro (RJ): UERJ/IMS/ABRASCO; 2001. p.39-54.
4. Figueiredo NMAD. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul - SP: Yendes; 2005.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
6. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface-comunic., Saúde, Educ., Set. 2004/2005; 9(16):39-52.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. - Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. 44 p.
8. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da estratégia saúde da família. Rev Ciênc Saúd Colet. 2003;8(2):569-84.
9. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al, organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2008. p. 215-43.
10. Deslandes SF. Humanização: revisitando conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: Deslandes, SF, organizadora. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2006. p. 33-47.
11. Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes, SF, organizadora. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2006. p. 49-83.
12. Teixeira CF. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: Teixeira CF, Solla JP, organizadores. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador (BA): Edufba; 2006. p. 59-83.
13. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad de Saú Públ. 1997;13(3):469-78.

14. Loch-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Rev Ciênc Saúd Colet. Set/Out 2009; 14(1):1463-72.*
15. Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface-Comunic., Saúde, Educ. 2002;6(10):75-83.*
16. Costa AM. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Rev. Saúde e Sociedade.* [acesso 2010 Jan 20] Set/Dez. 2004;13(3):5-15. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0104-12902004000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-12902004000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)