



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA

JOSÉ DE SIQUEIRA GONÇALVES JÚNIOR

**AS COMPREENSÕES DOS GESTORES DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE
PERNAMBUCO ACERCA DA INTEGRALIDADE NAS PRÁTICAS EM SAÚDE**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA

JOSÉ DE SIQUEIRA GONÇALVES JÚNIOR

**AS COMPREENSÕES DOS GESTORES DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE
PERNAMBUCO ACERCA DA INTEGRALIDADE NAS PRÁTICAS EM SAÚDE**

Trabalho apresentado ao curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Darlindo Ferreira de Lima

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2018

Catálogo na fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE - Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Fernanda Bernardo Ferreira, CRB4-2165

G635c Gonçalves Júnior, José de Siqueira.
As compreensões dos gestores de um município do interior de Pernambuco acerca da integralidade nas práticas de saúde./José de Siqueira Gonçalves Júnior. - Vitória de Santo Antão, 2018.
32 folhas.

Orientador: Darlindo ferreira de Lima.
TCC (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Saúde Coletiva, 2018.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Integralidade em Saúde. 3. Administração em Saúde. I. Lima, Darlindo Ferreira de (Orientador). II.Título.

614.068 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE-142/2018

**AS COMPREENSÕES DOS GESTORES DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE
PERNAMBUCO ACERCA DA INTEGRALIDADE NAS PRÁTICAS EM SAÚDE**

Trabalho apresentado ao curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 10/10/2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Darlindo Ferreira de Lima (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Alessandro dos Santos Machado (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Esp. Jennifer Maiara da Silva Barros (Examinador Externo)
Secretaria Municipal de Saúde da Vitória-PE

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a todos os seres espirituais que tenham me ajudado nessa jornada.

Agradeço a minha mãe Lúcia Maria Alves e o meu pai José de Siqueira Gonçalves por todo incentivo, motivação e por ter proporcionado a minha base emocional e todo conforto que, através de muito esforço, me deram até aqui.

Agradeço ao meu irmão Lucas Siqueira por todo companheirismo.

Agradeço a minha namorada Daniela Avelino, por ter tornado essa caminhada mais tranquila e amável.

Agradeço a toda minha família por todo apoio, conselhos (os que pedi e os que geralmente não pedi) e todos os momentos juntos.

Agradeço aos meus colegas de classe que me conseguiram me convencer que estudei na melhor turma de Saúde Coletiva. Em especial, dois amigos “pombayorkinos” Alyne e Robervaldo, os quais fizemos vários trabalhos em grupo e sei que os trabalhos ficaram bons por causa deles.

Agradeço aos meus professores, todos aqueles que passaram pelo curso e que deixaram várias contribuições para o meu conhecimento e de meus colegas. Aliás, quem é a liga da justiça perto dessa galera?

Agradeço ao meu professor Orientador Darlindo Ferreira, não só pela construção deste produto, mas pelo fato de diversas vezes me fazer refletir, pensar e repensar a minha forma de ver e se posicionar no mundo. O cara é muito bom!

Agradeço à Universidade pelo ambiente amigável, intelectual, por ter se instalado perto da minha residência (ajudou muito) e pela oferta de curso.

Agradeço aos profissionais e Gestores da Secretaria municipal de Saúde da Vitória de Santo Antão- PE que me presentearam com um conteúdo rico para que eu realizasse essa pesquisa.

Agradeço a todos que diretamente e indiretamente se fizeram presente e que me ajudaram no decorrer da vida pessoal e acadêmica.

RESUMO

O Sistema único de Saúde (SUS) é respaldado em três principais diretrizes: universalidade, equidade e integralidade. A Integralidade, segundo a constituição federal Brasileira, é a prestação articulada e continuada de serviços de promoção, prevenção, tratamento e recuperação. No mais, alguns autores afirmam que a integralidade pouco avançou em questões práticas, existindo múltiplas interpretações a respeito de um mesmo conteúdo e esse fenômeno poderia estar comprometendo as ações em saúde. O presente estudo teve por finalidade analisar as concepções dos Gestores da secretaria de saúde de um município do interior de Pernambuco acerca da integralidade nas práticas em saúde. A investigação em questão trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritivo-exploratória que permitirá compreender sentidos por intermédio da análise de conteúdo. A técnica designada à produção de dados foi entrevista individual com roteiro semiestruturado com quatro questões norteadoras. As compreensões dos Gestores apontam à polissemia do termo integralidade. Podem-se encontrar conceituações mais amplas que entendem a integralidade em uma composição biopsicossocial e outras mais restritas, compreendendo a diretriz como um jogo de oferta e ações de serviços baseados na queixa-conduta. Os desafios elencados acerca do não avanço da integralidade se dão numa conjuntura pertencente à formação dos profissionais em saúde enquanto sujeitos, condições de trabalho e cenário macropolítico. A questão de ser integral nas práticas em saúde, não implica somente em uma perspectiva acadêmica, porém não se deve excluir essa dimensão. A integralidade aparenta ser mais que uma disciplina, é uma forma de enxergar e se posicionar no mundo. Espera-se que os resultados desta pesquisa possam (re)orientar docentes, discentes e profissionais da saúde na reflexão dos significados e construção da integralidade em saúde. Cabe relacionar que a consolidação desse princípio norteador do SUS pode colaborar com o enfrentamento do modelo biomédico hegemônico, tecnicista e reducionista. Além disso, aciona uma nova configuração do fazer na atenção à saúde.

Palavras-chaves: Assistência Integral à Saúde. Globalidade dos cuidados. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The Single Health System (SUS) is backed by three main guidelines: universality, equity and completeness. Integrality, according to the Brazilian federal constitution, is the articulated and continuous provision of promotion, prevention, treatment and recovery services. In addition, some authors affirm that integrality has not advanced much in practical matters, there are multiple interpretations regarding the same content and this phenomenon could be compromising health actions. The purpose of the present study was to analyze the conceptions of the managers of the health secretariat of a city in the interior of Pernambuco regarding the integrality in health practices. The research in question is a qualitative research of the descriptive-exploratory type that will allow to understand meanings through the analysis of content. The technique assigned to data production was an individual interview with semi-structured script with four guiding questions. The managers' understandings point to the polysemy of the term wholeness. Wider conceptualizations can be found that understand completeness in a biopsychosocial and other more restricted composition, I understand the guideline as a service-based offer and service action game. The challenges listed on the lack of progress in completeness occur in the context of the training of health professionals as subjects, working conditions and macro-scenario. The issue of being integral in health practices, not only implies an academic perspective, but this dimension should not be excluded. Integrity appears to be more than a discipline, it is a way of seeing and positioning itself in the world. It is hoped that the results of this research can (re) guide teachers, students and health professionals in the reflection of meanings and construction of integrality in health. It should be noted that the consolidation of this SUS guiding principle can contribute to the confrontation of the hegemonic, technical and reductionist biomedical model. In addition, it triggers a new setting of health care.

Keywords: Integral health care. Overall care. Single health system.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	12
3 OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo Geral	17
3.2 Objetivos Específicos	17
4 METODOLOGIA.....	18
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	20
5.1 As compreensões dos Gestores a respeito da integralidade em saúde: refletindo sobre o lugar da experiência na construção do saber-fazer.....	20
5.2 Os desafios da formação em saúde e integralidade: necessidade de <i>locus de vita</i>	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

O Sistema único de Saúde (SUS), em sua lei orgânica, é respaldado em três principais diretrizes: universalidade, equidade e integralidade. A Universalidade propõe tornar a oferta de serviços ampla e que contemple todo indivíduo que precise do Sistema. A equidade remete a capacidade desse sistema em lidar com diferentes demandas e cuidar de cada pessoa ou grupo de acordo com suas especificidades. A Integralidade é a prestação articulada e continuada de serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1990). Corroborando com a Constituição Federal que implica no entrelaçar de atividades preventivas e assistenciais para promover um atendimento integral (BRASIL, 1988).

Pinheiro (2003, p.8) entende a integralidade como “uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis do sistema”. Ainda de acordo com a autora, há vários atores que estão inconformados com os modelos técnicos assistenciais em saúde e a integralidade pode ser uma resposta a esse cenário.

A diretriz da Integralidade parece esconder em sua proposta um desafio: a ideia de um sistema com início, meio e fim de forma estruturada, criando assim, um processo cíclico e amplo. Para que isso aconteça faz-se necessário o uso da integração e continuidade. No outro extremo, ser intolerante e ter aversão à fragmentação de processos, pensamentos e do Sistema de saúde. Para Cecílio e Merhy (2003, p.4):

Sistema de saúde já sinaliza a discussão que nós pretendemos fazer. A noção de sistema traz implícita a ideia de funcionamento harmonioso entre partes, cada qual com sua “função”, que contribua para o bom funcionamento do todo. O conceito de “sistema de saúde” denota uma concepção idealizada, de caráter normativo da saúde, que não se sustenta na prática.

Ainda refletindo sobre fragmentação e harmonia entre as partes Morin (2003, p.13) afirma que “há inadequação cada vez mais ampla, profunda e grave entre os saberes separados, fragmentados e compartimentados entre disciplinas”. Segundo este autor, a fragmentação vem ganhando espaço na forma de pensar e nas variadas formas de saber. Contrariando assim, a proposta integradora da integralidade. A compartimentação do

pensamento e dos saberes poderia estar refletindo na prática da integralidade e assim dificultando a sua implantação?

Em busca desses sentidos, a integralidade também abarca a questão de totalidade. Mas como indagou Santos (1999, p.117) “Como enfrentar a árdua tarefa de entender a totalidade”? A totalidade, a complexidade e a integralidade parecem ser grandes desafios à compreensão e à prática.

Para Nunes (2011) uma das maiores dificuldades em implantar a integralidade se dá pela escassez de trabalhos científicos que definam, objetivamente, o conceito de integralidade. Será que essa falta de definição e objetividade pode se dá pelo fato de pessoas com saberes separados estarem tentando decifrar algo que demanda ser tecido junto?

A inexistência de uma definição consensual do tema Integralidade para Camargo Júnior (2001) representa, concomitantemente, uma potencialidade e uma fragilidade. Ao passo que essa escassez reflète em poucas pesquisas científicas envolvendo a diretriz, mas que estimula um debate mais sofisticado acerca do objeto analisado.

Ainda em torno da conceituação, há autores que preferem abordar o assunto de forma ampla (MATTOS, 2001; NUNES, 2011). Contrariamente, há aqueles que preferem enxergar o mesmo objeto de forma mais restrita (PINHEIRO, 2009). Corroborando com esse último estudo, em caráter restrito, aparece outro que caracteriza a integralidade como um processo que contempla ações e serviços que vão da promoção da saúde até a reabilitação (STARFIELD, 2002).

A abordagem abrangente sobre o tema, citada por Nunes (2011), apresenta-se de forma holística, encarando a integralidade como uma oportunidade de perceber o sujeito como um ser biopsicossocial na qual as ações possam se voltar pra essa dimensão do ser. A segunda abordagem indica uma conceituação mais restrita, entendendo o fenômeno como propriedade do sistema de saúde que se baseia na oferta e demanda de ações e serviços.

Ainda em meio a tantas significações, Mattos (2001) indica a integralidade como uma bandeira de luta que carrega valores e ideais que tem a possibilidade de construir uma sociedade mais justa. Surge, então, a partir desse aspecto, um formato político e de cidadania que se mostra potente a estimulação da autonomia dos sujeitos e fortalecimento da ideia de coletividade e integralidade.

Vários autores apontam a integralidade como termo polissêmico, não existindo uma única forma de tratá-lo. Positivamente, em reflexões postas nas pesquisas, levantam que a integralidade deve ser tomada em todas as suas dimensões e que se devem relacionar as diferentes noções. Ou seja, há uma proposta de entender a integralidade tendo, simplesmente, uma visão integral. É necessário trabalhar a integralidade em todas as suas dimensões (AYRES, 2009; AYRES et al., 2012; MATTOS, 2001; CAMARGO, 2001; CECÍLIO, 2001).

Ao se deparar com as contradições sobre o conceito de integralidade faz-se importante lembrar-se de Morin (2003), que sinaliza a importância do conhecimento pertinente. Este se caracteriza por sua capacidade de englobar e contextualizar, pois as contradições que emergem levam a crença na própria complementariedade intrínseca ao processo da integralidade (AYRES, 2009).

De certa forma há vantagem em um termo que assume diferentes sentidos, pois quando vários atores se expressam a partir de um mesmo objeto que, ainda difuso, garante riqueza de definições, os diversos atores compartilham suas críticas, pontos de vista e reflexões a cerca do tema e torna o diálogo a respeito mais participativo e político (MATTOS, 2001).

São três princípios doutrinários do SUS: Integralidade, equidade e universalidade (BRASIL, 1990). Segundo Viegas (2013) a integralidade se apresenta como elemento primordial à resolutividade das ações em saúde e é por intermédio dessa diretriz que a universalidade e equidade podem ser incorporadas no cotidiano com maior satisfação. Logo, onde há discussão acerca das práticas em saúde deve-se levar em consideração a integralidade.

Segundo Mattos (2004, p.1412) em nível de diretriz do SUS, a integralidade parece ter sido o princípio que menos avançou quanto sua prática. As mudanças e evoluções, nesse sentido, são pouco evidentes, pois “Ela acontece aqui e acolá, mas ainda não ganhou generalização e nem a visibilidade que seria desejável”. Desta forma, faz-se fundamental prosseguir estudando e aprofundando o conteúdo a fim de contribuir para sua evolução e promover saúde de maneira cada vez mais integral.

A partir desse contexto, a realização dessa pesquisa se dá pela possibilidade de trabalhar com um componente fundamental do SUS, porém difícil de ser mensurado, caracterizado e bem definido. Há uma necessidade de construir espaços para investigações

dos significados, percepções e compreensões dos atores envolvidos no sistema sobre o que realmente entendem e/ou fazem sobre a integralidade.

Portanto, o sistema de saúde se configura por ser um ambiente complexo que pede cada vez mais um olhar integral sobre o mesmo. Assim, emerge uma questão que parece fundamental para nossa investigação: qual a compreensão dos Gestores que planejam, executam, avaliam e controlam os serviços, qual sua compreensão sobre integralidade e quais implicações em suas práticas em saúde?

ampliada de saúde Eksterman (1992, p.28), afirma que há uma “íntima ligação da mente e do corpo no sentido de produzir prazer, sofrimento, saúde, lesão e doença”. Reforça-se assim, a estreita relação entre as partes que continuamente interagem entre si e a uma rejeição do modelo clínico biomédico citado anteriormente.

Etimologicamente, a palavra saúde tem suas raízes na palavra *salus* e esse termo expressa, em sua concepção, aquilo que é inteiro, íntegro e são (ALMEIDA FILHO, 2000). Discorrendo um pouco mais sobre aspectos etimológicos Rey (1993) indica que a palavra *salus* tem suas raízes no termo grego *holos* que significa: holístico. Percebe-se, em essência, que a expressão da saúde está intimamente ligada à compreensão do todo, totalidade e integralidade. A partir dessas considerações, a sentença “integralidade em saúde” soa como um pleonasma, pois se torna redundante.

Carnut (2017) ao se referir à integralidade em saúde defende que ao tentar compreender o outro em suas várias dimensões, como um todo, em si, realiza-se de fato uma prática sanitária. Inclinar-se em direção ao outro e percebê-lo na sua cosmovisão se torna um posicionamento eminentemente de cuidado. Faz-se, no entanto, importante ressaltar que embora esse autor não utilize o termo “integralidade biopsicossocial”, há claramente a presença deste no corpo de seus estudos sobre o tema.

Mattos (2001) sinaliza a existência de três dimensões na integralidade: a integralidade assistencial; a integralidade como organizadora de práticas e serviços; e a integralidade governamental. A primeira implica no contato entre profissional e usuário, tendo por pressuposto a ampliação par além do contexto biológico. A integralidade organizadora de práticas faz menção à integralidade como a base de um sistema mais horizontal, menos fragmentado, entre os serviços compreendidos. Por fim, a integralidade organizacional cabe o foco, cabe as ações pontuais e a especialização. Um arranjo que possa resolver problemas específicos e de populações específicas.

Sob uma perspectiva diferenciada, Cecílio (2001) afirma que a integralidade tem duas dimensões: focalizada e ampliada. A primeira seria a articulação de vários saberes que seria idealmente posto por uma equipe multiprofissional, em qualquer nível de assistência. É caracterizada como focalizada por se desenvolver em espaços limitados. A integralidade ampliada, segundo o autor, seria a integralidade em sua execução máxima, seria uma rede de integralidades focalizadas se articulando entre si e gerando resultados positivos.

Assumindo uma análise pedagógica Mello (2010) menciona que a abrangência do tema integralidade fez o Sistema único de Saúde (SUS), didaticamente, discutir o tema em três linhas de análise: a integração das partes autônomas características de um sistema; a

integração às ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação e, por último, o olhar integrado, biopsicossocial.

Consonante a cartilha dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) do ministério da saúde (2004) se um serviço de saúde disponibiliza atendimento noturno e aos finais de semana, esse componente pode ser considerado “mais integral” em relação aos que não oferecem. Aqui o termo integralidade em saúde assume um conceito temporal, se diferenciando dos conceitos evidenciados por outros autores desta pesquisa.

Para Ayres (2009a) ser integral conduz o desafio de valores como justiça, democracia e efetividade da garantia ao cuidado diante dos diversos serviços e práticas. Aqui, o termo parece assumir uma proposta voltada mais para a noção de social e cidadania. No entanto, no mesmo documento o autor mostra resistência a definir a integralidade no SUS, pois limitaria o termo que, no máximo, poderiam ser vista por quatro eixos:

Eixo das necessidades: Aqui está inserida a qualidade do acolhimento, escuta e atenção a necessidades do outro. Nesse eixo o sujeito é considerado além da questão de promoção, proteção e recuperação. Frisando que o processo deve ir além da questão morfológica.

Eixo das finalidades: Voltado a perceber o nível de interação entre o processo de promoção, proteção e recuperação. Prestando atenção no quanto o sistema pode estar fragmentado e podendo, a partir dessa análise, potencializar o sinergismo entre as ações.

Eixo das articulações: Remete a conexão entre saberes e a interdisciplinaridade. O quanto às disciplinas e diferentes profissões em saúde estão organizadas a fim de estabelecer ações e práticas ofertar o cuidado.

Eixo das interações: O diálogo e a troca que há no cotidiano entre profissionais de saúde e usuários.

O eixo das necessidades, para Ayres (2009a) implica na importância dada ao acolhimento e a conduta do processo com foco nas necessidades do sujeito e tem relação a perspectiva de Cecílio (1997, p.6) que indica que “Para o hipertenso ou o portador de qualquer doença crônica, seja adulto ou criança, ‘o topo’, em determinado momento da vida, é acessar a rede ‘básica’, ser bem acolhido e estar vinculado a uma equipe”. Ressaltando assim, a necessidade dos profissionais em acolher e escutar.

No que diz respeito à integralidade e o fazer, Ayres (2009a) compartilha uma mesma trazida por Morin (2003), na qual há uma segmentação no saber por parte dos profissionais e que esse se constitui em um desafio no que se refere ao estabelecimento de práticas integrais.

Já o eixo das interações contempla a proposta de Mattos (2004), na qual a integralidade possui uma natureza intersubjetiva e envolve uma dimensão dialógica entre profissionais de saúde e sujeitos e não com objetos.

Na Constituição Federal (1988, art. 196) definiu-se que o dever do Estado é garantir “acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação” Essa definição vai ao encontro com o entendimento de Pinheiro (2009) e Starfield (2002). Nessas percebe-se uma fala que une integralidade à universalidade e que se encaixa no eixo das finalidades proposto por Ayres (2009) e, também, o grupo de sistema proposto por Nunes (2011).

Mattos (2009) no tocante a compreensão de uma realidade aborda a perspectiva na qual uma ação isolada pode repercutir no todo e aí cabe também o conceito de integralidade. No entanto, Santos (1999) aponta para um exagero simplista achar que através das partes poderemos entender o todo. Dessa forma, o fazer de uma parte pode repercutir no todo, mas o saber de uma parte, dificilmente nos levará a uma compreensão da totalidade. Para Santos (1999, p.177) “é a realidade do todo que buscamos aprender. É uma realidade fugaz, que está sempre se desfazendo para voltar a se fazer, de novo, outro todo”. Assim, a integralidade é uma condição a ser pensada como processo complexo e não como uma finalidade em si.

O pensamento de Mattos (2009) a respeito da ação isolada corrobora com a ideia de complexidade proposta por Morin (2003, p.25), na qual revela que “uma modificação local repercute sobre o todo e uma modificação do todo reflete em suas partes” destacando ainda que se faz necessário procurar as relações e inter-retro-ações entre cada fenômeno e seu contexto.

Ao se referir às formas de promoção da integralidade nas práticas em saúde. Pode-se dizer que essa diretriz doutrinária do SUS deve atender a dois requisitos primordiais: o primeiro diz respeito à garantia da intersubjetividade que se estabelece na dimensão do diálogo entre profissionais e usuários. O segundo consiste na oferta integrada de ações e serviços que podem vir sintonizada com os contextos socioculturais. A capacidade de articular ações preventivas e assistências faz, essencialmente, parte dessa oferta de ações e serviços integrais. (MATTOS, 2004).

Dessa forma, se um município apresenta incidências significativas de casos de violência, hipertensão arterial e câncer do colo do útero. Por quais motivos esse ente federado, concentraria maior parte de seus esforços em ações educativas de saúde bucal? Ainda mais, quais os motivos que não levariam o sanitarista a montar uma rede local para atender a essas três demandas?

Em um exemplo, pode-se citar: uma agente de combate a endemias-ACE que realizando suas visitas mensais, chega a uma residência e vê uma senhora, com feição abatida, algumas marcas de fivela de cinto, o marido dormindo no sofá e três crianças com semblante de medo e, além de orientar quanto ao uso da água parada e o mosquito da dengue, dá algumas orientações sobre procedimentos que a mãe possa tomar a respeito de violência doméstica. Esse posicionamento da ACE é integral. Como afirmou Mattos (2004) a integralidade pode ser exercida por um olhar atento, dito de outra forma, autor sinaliza que esse princípio do SUS está mais atrelado a “simples” questão de ser.

Em meio a tantas formas e conhecer, alguns autores a definem e outros a organizam em formato de dimensões, categorias ou temas. No entanto, Cecílio (2001) defende que a integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde. Afirmando que mesmo uma equipe bem articulada e comprometida não contemplaria a totalidade proposta na integralidade. O autor ainda sinaliza que a integralidade deve nortear as práticas nos serviços de saúde. No mesmo estudo, resume e conclui que a busca pela integralidade esteja centralizada nas necessidades do outro e o sistema deve se organizar a partir disso.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Analisar as concepções dos Gestores da secretaria de saúde de um município do interior de Pernambuco acerca da integralidade nas práticas em saúde.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever os conceitos de integralidade em saúde a partir de uma revisão bibliográfica;
- Discutir as concepções dos Gestores sobre a integralidade em saúde;
- Refletir sobre o material coletado com os Gestores a partir de uma articulação com os principais autores que versam sobre o tema.

4 METODOLOGIA

O presente estudo se refere a uma pesquisa qualitativa do tipo descritivo-exploratória que permitiu compreender sentidos, compreensões e significados do objeto, analisando o entendimento dos Gestores da secretaria de saúde de um município do interior de Pernambuco acerca da integralidade em saúde. O aprofundamento teórico deu-se por intermédio da análise de conteúdo proposta por Bardin (1994), a qual possibilitou a identificação da essência dos sentidos e significados que compõem processos dialógicos. Nesse método, temos uma relação de construção mútua que envolve o profissional e pesquisador e quaisquer outros atores envolvidos no contexto da investigação.

Segundo Minayo (2004), esta técnica proporciona uma conversação entre os envolvidos com objetivos bem definidos e com intuito de captar dados subjetivos. Assim, nesse formato há uma relação estabelecida na qual o respeito ao outro se torna elemento essencial.

Quanto ao respeito, refletindo sobre relações e diálogo, Ayres (2009b, p.28) aponta que “quando pensamos em ‘estabelecer’ um diálogo ignoramos o diálogo no qual estamos imersos”. Dessa forma, a busca em conhecer e entender o outro nos retira do nosso monólogo interior e faz emergir a centelha de troca, compreensão. Nesse contexto, a linguagem é essencial para exercer o respeito, pois nos põe na presença do outro.

A pesquisa foi realizada com três colaboradores, Gestores da secretaria de saúde de um município do interior de Pernambuco, localizado na zona da mata centro do estado à 45 KM da capital. O município possui uma população estimada de 129.974 habitantes (IBGE, 2017). Como critérios de inclusão: 1) que os colaboradores estejam na função por no mínimo três meses; 2) ter contato com o setor da Atenção Básica em Saúde; 3) ser funcionário efetivo ou contratado do quadro de funcionários da secretária de saúde. O Colaborador seria excluído em caso de vínculo empregatício com operadoras de planos privados de saúde.

Diante do exposto, a pesquisa foi produzida por intermédio de uma entrevista semi estruturada. Enquanto instrumento fora utilizado também diário de campo para obtenção de dados e estruturação de informações e análises. As informações obtidas foram transcritas, e analisadas por intermédio da análise conteúdo. Este procedimento:

É um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção de mensagens. (Bardin, 1994, p. 47).

Ainda no que se diz respeito à entrevista semiestruturada, pode-se afirmar que “combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem condições prefixadas pelo pesquisador” (MINAYO, 2004, p.108).

Dessa forma, demos destaque à fala e o conteúdo trazido por cada entrevistado e pretendemos a obtenção da profundidade dos dados a fim de obter maiores explicações a cerca do objeto analisado que é o entendimento da integralidade e a execução dessa diretriz por parte dos Gestores.

As questões norteadoras ligadas à concepção dos Gestores sobre a integralidade em serviços de saúde serão estas: 1) Qual a sua concepção sobre a integralidade nas práticas em saúde? 2) Alguns estudos evidenciam que o SUS avançou pouco no quesito integralidade. Em sua opinião, qual a maior barreira que pode influenciar nesse cenário? 3) Cite um exemplo de prática ou ação no seu dia a dia que contempla a diretriz da integralidade? 4) O (a) Senhor (a) gostaria de fazer alguma consideração final?

Foi utilizado, na coleta de dados, um gravador a fim de que as respostas sejam transcritas com 100% de fidedignidade como realmente foram relatadas.

O material coletado foi codificado e categorizado. Para Cardoso (2006) a categorização tem por objetivo fornecer, por condensação, uma representatividade de dados de forma simplificada e este tipo de organização implica na investigação do que esses conteúdos têm em comum.

Esta pesquisa foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, N° CAEE 89771718.9.0000.5208, respeitando o que dispõe a resolução n. 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. Vale ressaltar que todos os participantes aceitaram participar da pesquisa de forma voluntária e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi garantido aos participantes o anonimato, recebendo assim, nomes fictícios. Também foi garantida a liberdade de participação do estudo em questão, podendo os indivíduos desistir a qualquer instante, quando acharem necessário.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A compreensão a respeito da integralidade nas ações e serviços em saúde sob a perspectiva dos Gestores possibilitou a criação duas categorias: “As compreensões dos Gestores a respeito da integralidade em saúde: refletindo sobre o lugar da experiência na construção do Saber-fazer”; e “Os desafios da formação em saúde e integralidade: necessidade de *locus de vita*”.

Por questões éticas e como forma de evitar possíveis identificações dos Gestores colaboradores foram utilizadas codificações com os termos: Gestor J, Gestora S e Gestora G. As letras escolhidas foram escolhidas de forma aleatória facilitando a identificação dos mesmos.

5.1 As compreensões dos Gestores a respeito da integralidade em saúde: refletindo sobre o lugar da experiência na construção do saber-fazer

Na literatura pesquisada, a integralidade em saúde se apresenta como um termo polissêmico resultando em diversas compreensões a respeito do mesmo. A partir do material coletado junto aos Gestores percebe-se, ainda, essa tendência à pluralidade de significados. Se para Nunes (2011) a falta de objetividade reforça um ponto negativo quanto ao entendimento da temática, para Camargo Júnior (2001) essa divergência conceitual potencializa a possibilidade de gerar inúmeras reflexões no que se refere à construção do saber-fazer.

A seguir, algumas formas de compreensões sobre o tema:

A integralidade seria desde a compreensão do profissional sobre as políticas de cuidado em saúde como a compreensão da integralidade do trabalho dele para com o sujeito (Gestor J, 2018)

A integralidade do cuidado, onde vejo o indivíduo e olho ele como um todo. Não posso a partir de uma demanda, só olhar a demanda dele. É preciso ver com cuidado, ver tudo o que levou ele a ter aquela demanda. Então, eu tenho que olhar ele como um todo na integralidade [...] Pra mim o indivíduo como um todo, vou olhar a questão fisiológica, vou olhar a questão social, vou olhar a questão psicológica. Eu vou avaliar o indivíduo em ambos os aspectos. Não somente por um

olhar biomédico porque pra ver o indivíduo como um todo, eu enquanto Gestora, não consigo sozinha. É preciso ter outras pessoas da minha equipe e trocar conhecimentos para que assim, de fato, eu consiga ver ele como um todo. Eu sozinha não consigo ver (Gestora S, 2018).

Entendo integralidade como ações voltadas para o serviço. Dentro da necessidade de cada população a gente ofertar serviços [...] é porque me confundo muito a questão de equidade com integralidade, mas eu tento associar assim: equidade é voltada pro indivíduo e integralidade é aquilo que eu vou oferecer de serviço em saúde, para que dentro das necessidades daquele indivíduo [...] eu vou ofertar todos os serviços que ele está precisando, e assim, faço o todo, seja na esfera ou no âmbito que for (Gestora G, 2018).

Para Nunes (2011), há duas formas fundamentais de compreender a integralidade: na primeira, a autora aponta para uma perspectiva mais “ampla”, pois seria centrada nos cuidados em saúde, focando o indivíduo como um todo, em sua dimensão biopsicossocial. Já o segundo tipo de integralidade, a autora sistematiza como sendo “restrita”. Nessa instância, as compreensões voltam-se exclusivamente para a oferta de serviços de saúde. Em nosso caso, pode-se perceber que o Gestor J e a Gestora S manifestaram suas considerações sobre o tema focando um sentido amplo. Pois ao se inclinarem para ao indivíduo, durante o momento assistencial, para atender suas necessidades fica mais claro que optam por entender a partir de uma concepção ampliada deste conceito na saúde. Denota-se deste processo que sua compreensão da integralidade remete a uma característica do fenômeno em sua dimensão de possibilidade intersetorial, ou seja, de um conjunto de forças que parecem ir além do sujeito clínico individual.

Nessa compreensão de atravessar o campo individual e entender a integralidade no âmbito coletivo, a Gestora S ainda sinaliza que sozinha não consegue “ver o outro como um todo” e que se faz preciso outros profissionais para conseguir tal objetivo. O interessante nesse conteúdo é que de alguma forma conseguimos ver uma aproximação com outro tipo de dimensão integralidade trazida por Ayres (2009a), a saber: a interdisciplinaridade. Esta se situa na exata medida que instaura a ideia de trabalhar no coletivo e realizar uma partilha dos conhecimentos experienciados pelas demais especialidades.

No entanto, a Gestora G, segundo a classificação proposta por Nunes (2011) compreende a integralidade por um olhar restrito. Fica perceptível que para a Gestora G a integralidade é o “casamento” da oferta de serviços com a demanda de saúde da sociedade como se fosse uma relação de queixa-conduta que sem muitos esforços encontra-se na proposta de clínica biomédica.

Esse modelo biomédico de produzir conhecimento, atualmente, tende a sofrer diversas críticas por não valorizar dispositivos como a escuta e o encontro/acolhimento que há

naturalmente enquanto possibilidade no cotidiano das práticas em saúde entre profissional-usuário (BARROS e GODIN, 2014). Desta forma parece dificultar o entendimento de um exercício efetivo da integralidade.

A respeito da escuta nos serviços de saúde temos que:

Por exemplo, vou falar do meu lugar que é a de gerir. Tenho um certo número de profissionais e o que é que entendo sobre integralidade nesse espaço, nesse contexto? Trago esses profissionais para planejar as ações a serem executadas e assim eu compreendo a integralidade quando passo a ouvir esses profissionais e entender que a subjetividade deles tem que ter espaços, tem que emergir, tem que ser considerada para que não fique uma decisão só pensada a partir de mim e que os outros possam compreender que existe autonomia e que essa equipe pode decidir, pode pensar (Gestor J, 2018).

[...] Muitas vezes, chegam gestantes aqui pra mim onde ela só precisava de uma escuta e de alguém dizer assim: Olha, tu vai conseguir ser mãe! Elas chegam ansiosas, daí elas começam a apresentar sinais e sintomas que começaram previamente que pode ser um transtorno, uma ansiedade e nenhum indivíduo chegou a falar com ela. Aí ela procura um posto de saúde que é a porta de entrada, mas aí olharem para ela e só percebem que ela é gestante e tem contrações. Mas que só uma conversa poderia ter resolvido. Daí eu começo do fisiológico, com o que ela me apresenta e a partir disso eu vou tento outras formas de interpretar e vou dando outros encaminhamentos (Gestora S, 2018).

Para esses Gestores a escuta parece ser utilizada como uma ferramenta para promover a integralidade nos serviços de saúde. No primeiro exemplo, temos a indicação do Gestor J que parece manejar a tecnologia da escuta com vistas a demonstrar aos profissionais que os mesmos podem ter algum nível de autonomia e poder de decisão. Ou seja, usa-se a escuta como ferramenta, um instrumento frente à integralidade. Por outro lado, a Gestora S utiliza a escuta como uma forma de acolhimento, um processo com usuários no SUS e, a partir disso, pode promover os devidos encaminhamentos de acordo com a suas demandas individuais apresentada pelos usuários e percebida pela profissional.

Nessas perspectivas citadas no tópico acima, percebe-se que o Gestor J encara a integralidade como um objetivo a ser atingido. Quando aponta a escuta como meio para alcançar a integralidade. No entanto, a Gestora S, compreende a integralidade como parte do processo para conduzir as práticas e serviços em saúde. Embora esses dois colaboradores possuam concepções amplas acerca da integralidade o posicionamento de ambos diante do mesmo objeto ao praticá-lo se apresenta em caráter divergente. Para um, é o meio e para o outro; o fim. Dessa forma, a integralidade seria o caminho ou a chegada?

Faz-se importante que a ideia de integralidade seja explorada a partir de diversas formas. Nesse sentido, Ayres (2009a) nos descreve quatro tipos de integralidade e duas delas podem ser entendidas nesses fragmentos do conteúdo trazido pelos Gestores J e S que são: o eixo das necessidades e o eixo das interações. O primeiro elenca a escuta e o acolhimento como uma perspectiva de integralidade; e o segundo eixo, das interações, traz a ideia do diálogo que se faz entre profissionais e profissionais-usuários.

A integralidade se realiza a partir e nas relações, nos contatos, na comunicação que se estabelece entre todos envolvidos nesse fenômeno. Promover a escuta, o acolhimento e o diálogo são questões fundamentais para possibilitar a emergência da integração das ações em saúde e, também, nas formas de compreender as demandas do outro. Percebe-se a esta altura do trabalho que ler, escrever e pensar sobre a integralidade parece ser mais fácil que efetivamente praticá-la. Aliás, em meio a tantas conceituações sobre esse objeto, a integralidade que está no papel é a mesma que está presente na prática?

A minha concepção é de uma compreensão que ainda há muito numa perspectiva só teórica, nas discussões, mas quando vamos às práticas [...] os fazeres dos profissionais desde quem está na gestão, como quem está, de fato, na ponta dos serviços e dispositivos de saúde executando, ainda não existe integralidade de fato (Gestor J, 2018).

Comecei a ter essa percepção e até numa discussão que estava tendo aqui num dia desses a gente estava conversando sobre essas definições que quando a gente estuda, a gente vê tudo bem fechadinho, esses princípios. Daí tem essa questão da equidade, integralidade e universalidade. A integralidade é ver ele como um todo, mas a gente sabe que a integralidade vai além. Quando eu estava estudando para concurso, quando estava na faculdade [...] Via a definição [...] Só aquelas três linhas que tinha lá e aquele negócio teórico mesmo. Como é que posso dizer? Subjetivo! Aí quando tenta colocar em prática, realmente, é que começar a criticar e questionar o que se tem escrito das definições dos conceitos (Gestora S, 2018).

Os Gestores J e S se mostram críticos a partir de suas considerações quanto às práticas da integralidade. Em uma fala do Gestor J pode ser compreendido que a integralidade nem se quer existe enquanto fato. A Gestora S faz uma reflexão problematizadora acerca daquilo que é oferecido nas instituições de ensino, aponta em sua perspectiva uma falha, pois indica a ausência no momento posterior a discussão teórica acadêmica as formas práticas de poder realizada. Na dimensão laboral do fazer em saúde afirma que se dá como se a integralidade fosse um tema de responsabilidade da apenas da academia, tão somente um discurso teórico. A integralidade foi o princípio do SUS que tem apresentado menos indícios de avanços em termos de prática em saúde (MATTOS, 2004). Dada à complexidade do tema

é preciso apreender para praticar, assim como, praticar para apreender. A experiência não se faz simplesmente com a prática repetidamente mecânica. Faz-se a partir da reflexão sobre e na prática.

Para Bondía (2002, p. 21) a experiência diz respeito a “o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, o que acontece, ou o que se toca. A cada dia se passam muita coisas, porém, ao mesmo tempo, nada acontece”. Entender a integralidade é como um jogo de ambivalências contínuas, pois há um malabarismo entre a teoria e a prática, ocultar e desvelar, ser processo e ser fato. Entende-se como necessário alternar entre esses dois polos; dirigir-se a teoria e a prática enquanto um movimento pendular e ininterrupto, pois enquanto processos complexos não se deixam aprisionar em verdades estanques ou conceitos estáticos que possam ser usados como coisas.

Esse movimento de ir vir é de alguma forma uma tentativa de resistir a um modelo tecnicista de mundo e de relações aos quais a integralidade termina por eleger como fundamento do sentido de sua própria existência enquanto princípio no SUS. Portanto, essas questões já nos remetem a outras tantas, dentre elas: os desafios percebidos pelos Gestores de tematizar sobre a formação em saúde e integralidade. Desse modo, essa será a problemática que iremos discutir a seguir.

5.2 Os desafios da formação em saúde e integralidade: necessidade de *locus de vita*

Remetendo a Mattos (2001), a integralidade pode ser abordada por uma variedade de perspectivas. Com isso, abre-se um horizonte de compreensão para conduzir a formação em saúde quanto a integralidade. Talvez, a questão de ser integral nas práticas em saúde, não implique somente em uma perspectiva acadêmica, porém não se deve excluir essa dimensão. Para um dos Gestores:

Para qualquer profissional de saúde seja no lugar de gestão, seja no lugar de executor das políticas públicas de saúde [...] Vai depender muito da perspectiva de ser que o profissional tem (Gestor J, 2018).

Eu acho que um dos pilares é a própria formação. Na formação do sujeito enquanto humano, enquanto cidadão e posteriormente, a própria formação acadêmica (Gestor J, 2018).

A integralidade se constitui em um tema complexo e, por ser dessa natureza, necessita de um olhar diferenciado para ser vista, ser notada. Em outras palavras, ao pretender “enxergar” a integralidade é preciso de um instrumento de apoio, uma espécie de “lente de contato”. Sim, contato mesmo, no duplo sentido do termo! De se permitir tocar e ser tocado pelo saber, a partir daí disso que esse princípio, que parece ter pouco avançado no SUS, começa a emergir aos olhos.

Dessa forma, voltar-se ao processo de compreensão e desejar conhecer algo em todas as suas nuances já é integralidade. Faz-se fundamental essa maneira curiosa e atenta de estar na vida. Em seu estudo Mattos (2001) afirma que embora a integralidade seja um tópico de significativa complexidade, pode-se exercê-la com um olhar atento. Esse autor comenta que “olhar atento” é uma questão de querer conhecer, de estar em vigília para os fatos e de estar despertos para novos aprendizados.

Quando se fala em formação, precisa-se frisar que não é algo de cunho acadêmico, apenas. A integralidade aparenta ser mais que uma disciplina, é uma forma de enxergar e se posicionar no mundo. Nesse contexto, a diretriz envolve relações interpessoais e, concomitantemente, depende de uma conjuntura ética, temporal, espacial e política. Quando indagados pelas barreiras que impedem a caminhar da integralidade os colaboradores denotam que:

Quando saímos da academia e vamos aos locais onde os profissionais estão trabalhando [...] tem a questão da necessidade de produção de capital onde tem que produzir. Isso, às vezes, faz com que você não consiga desempenhar o seu melhor. Com o tempo que eu tenho e com o que eu tenho a produzir e atingir minhas metas [...] eu não consigo dar o meu melhor, entendeu? E assim eu não consigo colocar em prática a equidade, integralidade (Gestora S, 2018).

Tem muitas coisas! Primeira coisa que vejo é o princípio de como está sendo formado esses profissionais de saúde. A academia, muitas vezes, como está formando os profissionais, talvez, não prepare os profissionais para ver o indivíduo como um todo. A gente fragmenta muito isso na academia. Quando vem uma discussão de caso, para pensar, muitas coisas parte do princípio fisiológico e aí se tem uma patologia que envolve o meio social ou outras questões [...] muitas vezes não conseguimos levar em consideração tudo. Assim não conseguimos colocar em prática a integralidade. Quando eu só olho a patologia, olho os sintomas, os sinais. Se não olhar o meio onde essa pessoa está, o meio social [...] acho que já estou fragmentando. Isso tem muito a ver com a formação acadêmica (Gestora S, 2018).

Acho que tudo hoje está girando em torno de uma formação ética que está deixando de existir entre os profissionais. Tanto em questão dos profissionais de saúde, quem está gerindo, tanto na questão política. Hoje em dia, o comportamento ético das pessoas desses programas está ficando um pouco de lado. Talvez hoje esteja existindo uma preocupação maior porque hoje tá tudo exposto, tá tudo na mídia. Qualquer pessoa na internet pode saber de quem está com processo, quem é

ficha limpa e quem não é. Essa falta de comportamento ético e honestidade das pessoas, atualmente, podem ser o “x” da questão (Gestora G, 2018).

[...] O que acontece no Brasil tem consequência em tudo que a gente vem vivenciando. Os serviços de saúde, no geral, não vêm andando de forma alguma e tem consequência desses momentos que estamos vivendo de muitos vivendo e muitos querendo tudo da população em si. Muitos investimentos que deveriam ir pra esses programas acabam não sendo repassados (Gestora G, 2018).

A Gestora S chama atenção para o aspecto do tempo para “produzir saúde” e que isso afeta diretamente seu rendimento. O serviço de saúde tem uma grande demanda e há metas a serem vencidas. No entanto, essa prática e modelo parecem ter o poder de corroer a expectativa de fazer integralidade. Bondía (2002) indica que é primordial uma interrupção para promover escuta, acolhimento e deixar-se ser tocado pelos acontecimentos do cotidiano. Mas, se não há tempo para ter tempo de fazer a integralidade, como integrar? Para a Gestora S a formação acadêmica também ocupa notório lugar nos desafios percebidos.

Porém, a Gestora G estabelece uma associação da formação ética profissional, subfinanciamento em saúde, má gestão dos recursos e momento político que o país atravessa como percalços da integralidade. Para essa colaboradora, qualidades como ética e honestidade estão escassas no meio de trabalho. Confiar no outro parece ter um preço para essa Gestora. Então, como integrar? Até certo ponto, aparenta que essa profissional demonstra falta de motivação para acreditar nas condições necessárias para desenvolver a integralidade.

Se a integralidade dispara diversos conceitos, as barreiras que dificultam seu avanço também se fazem em caráter variável. A Gestora S evoca elementos que fazem parte de uma micropolítica, de algo mais local. Já a Gestora G, traz alguns elementos mais abrangentes, pertencentes a macro política como: subfinanciamento e cenário político Brasileiro.

Contudo, se o cenário político interfere na integralidade, a integralidade possui potencialidades para impactar fortemente nesse quadro, pois Pinheiro (2003) destaca que a essa diretriz do SUS oferta uma forma de ação social que possibilita interações democráticas. Sendo assim, há um potencial em se organizar diversos elementos na sociedade para que se tenham melhores condições em saúde e distanciar-se dessa questão:

Sinceramente, falando de uma forma bem popular, acho que é consequência também de um comportamento da população que a gente vê hoje que começa nos políticos e termina na sociedade. Os políticos mau caráter, fazendo tudo o que fazem e a população alheia, não se posicionando da forma como deveria. Isso também é influenciado pelo momento político que estamos vivendo (Gestora G, 2018).

Como já fora discutido nessa pesquisa, a integralidade possui indicações de estratégias e caminhos que podem ser traçados para melhorar as condições e qualidade de vida da população no geral. Um princípio que aborda assuntos como: diálogo, acolhimento, escuta, compreensão, organização do SUS e democracia. Tem muito a oferecer e muito a ser explorado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É chegada a hora tecer as considerações finais. O objetivo de analisar as concepções dos Gestores da secretaria de saúde de um município do interior de Pernambuco acerca da integralidade nas práticas em saúde foi alcançado nessa pesquisa, mas isso não significa que houve uma sensação de saciamento. Dentre algumas considerações, pode-se afirmar que se tivessem mais cem Gestores, as compreensões ainda seriam das mais diversas. Foi possível surpreender-se ao captar o olhar desses colaboradores frente à integralidade nas práticas em saúde no SUS e se perder na imprevisibilidade das respostas.

O percurso metodológico foi elucidador e esse evento se deu por justamente tratar de um componente que está intimamente ligado a compreensão de ser que cada um oferece. Houve singularidades nas formas de compreender o objeto em estudo. Particularidades que são dignas de indivíduos humanos. Entender a compreensão de integralidade em saúde do público alvo da pesquisa foi permitir-se ter acesso a um rico universo em significados que cada um trouxe.

Para uns, a integralidade possuiu um aspecto sugerido na década de 80, posto na constituição federal. Para outros, a integralidade teve aparência mais holística. Nessa última perspectiva, perceber o humano em suas variadas dimensões: Biológica, psicológica, social e ética foram pautas recorrentes.

Em amplo aspecto, a integralidade nos presenteia, a partir desse estudo, com alguns temas a seguir: diálogo, compreensão, interdisciplinaridade, escuta e democracia. Nesse conjunto, apresenta-se uma condição ao exercício: o outro. A integralidade nos faz crer que se constitui a partir das relações e, preferencialmente, na presença do outro. Em um encontro, seja ele qual for, o outro é que nos dá condições para co-construir o “integral”.

Como desafios à prática dessa diretriz do SUS têm-se referências que vão do individual ao macrossocial. Questões ligadas à formação profissional, aspectos éticos na forma de se relacionar, pouco tempo disponível para refletir sobre as tarefas no trabalho, subfinanciamento em saúde, má gestão dos recursos disponíveis e o cenário macropolítico que se apresenta no Brasil atualmente foram apontados como empecilhos na construção da integralidade nos serviços em saúde.

Cabe relacionar que a consolidação desse princípio norteador do SUS pode colaborar com o enfrentamento do modelo biomédico hegemônico, tecnicista e reducionista. Além disso, aciona uma nova configuração do fazer na atenção à saúde. Se há uma lógica *Latu Sensu* na integralidade por sua forma abrangente, há também um molde *Strictu Sensu*, pois intensifica e qualifica as práticas do cuidado, dá profundidade.

Lembrando que a prática por si só não é sustentável e que o estudo da integralidade promove reflexões a respeito dessas práticas. Tratar desse tema é estar envolvido com a proposta de fortalecer o SUS, pois é um conceito chave e ao mesmo tempo um nó crítico que pode ser desatado ao tecer os demais saberes que podem ser obtidos nas trocas.

Vamos concluindo portanto que pensar em integralidade e saúde vai além de focar nos processos e ações em saúde. Dentre outras coisas, os Gestores em saúde trazem esse desafio de enxergar que para além da oferta de serviços, existem pessoas em situações socioculturais permeadas por processos complexos. Enxergar além? Tem-se aqui mais um conceito de integralidade.

O estudo da integralidade nas práticas em saúde não para por aqui. Pois, esse trabalho dá pistas que a integralidade não é o fim, ela é o meio, o caminho. Ao iniciar e ter contato com este estudo, o leitor não está indo ao encontro da integralidade. Ele já está imerso nela, pois a prática da integralidade começa na abertura para o saber.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO N. Qual o sentido do termo saúde?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.300-301, 2000. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000200001&lng=en&nrm=iso Acesso em: 06 ago. 2018.
- ANDERSON M.I.P; RODRIGUES R.D. O paradigma da complexidade e os conceitos da Medicina integral: saúde, adoecimento e integralidade. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 15, n.3, p.242-252, 2016 . Disponível em http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=623. Acesso em: 05 ago. 2018.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 67-82, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100006>. Acesso em: 06 dez. 2017.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 11-23, abr./jun. 2009a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000600003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 06 dez. 2017.
- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Abrasco, 2009b.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1994.
- BARROS, L.F.; GONDIM, D.S.M. Integralidade na assistência em saúde: desafios e impasses. **Revista Científica da FMC**, Rio de Janeiro. v. 9, n. 2, 2014. Disponível em: <http://www.fmc.br/revista/V9N2P15-24.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2018.
- BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação** nº19, 2002.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas**: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CAMARGO JÚNIOR. As muitas vozes da integralidade: apresentação. In: PINHEIRO, Matos Ruben A. Orgs. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2001. p. 11-15.
- CARDOSO, L. I. S. **Perceptions of managers on the holistic approach in the dentistry work process in the Sistema Único de Saúde**. 2006. 132 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2006.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, out./dez. 2017.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p.113-126.

CECÍLIO, L. C. O; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2003. p.197-210.

CECILIO, L.C.O. Modelos tecno- assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, Set. 1997. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300022&lng=en&nrm=iso Acesso em 06 de ago. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução Nº510, de 07 de abril de 2016**. Resolução que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos nas Ciências Humanas e Sociais. [Brasília]: CNS, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>> Acesso em: 27 abr. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. Vitória de Santo Antão. In: _____. **Cidades**. Rio de Janeiro: IBGE, [2010]. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=261640&search=pernambuco|vitoria-de-santo-antao>> Acesso em: 20 dez. 2017.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R; Mattos, R.A. (org). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2001.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-6, out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2017.

MELLO, G. A. **Revisão do pensamento Sanitário como foco no Centro de Saúde**. 2010. 316 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) –Universidade de Medicina de São Paulo, Programa de Medicina Preventiva, São Paulo, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: In: _____. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 108- 269 p.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 8a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

NUNES, C. A. **A integralidade da atenção e o Programa de Saúde da Família**: estudo de caso em um município do interior do estado da Bahia. 2011. 194 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

REY, A. **Dictionnaire Historique de la Langue Française**. Paris: Dictionnaires Le Robert, 1993.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: espaço e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Hucitec, 1999.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

PINHEIRO R. **Integralidade e práticas de saúde: transformação e inovação na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS**. Boletim ABEM2003; 8-11.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Abrasco, 2009. p. 69-117

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 181-190, Jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000100019&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 26 jun. 2018.