

O PRÍNCÍPIO DA INTEGRALIDADE E OS DESAFIOS DE SUA APLICAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

THE PRINCIPLE OF FULL ASSISTANCE AND THE CHALLENGES IN APPLYING IT IN PUBLIC HEALTH

Fabiane Carmo Santos Silva

Enfermeira Especialista em Saúde Coletiva

RESUMO

A prática do princípio da integralidade pressupõe o acesso a bens e serviços, gestão, formulação, controle participativo, interação do usuário e profissionais tendo-se como norteador o direito de ser tratado com integralidade e dignidade como pessoa humana. Diante do questionamento sobre a aplicação do princípio da integralidade nos serviços de saúde, tem-se como objetivo analisar os desafios da prática do princípio da integralidade nos serviços de saúde coletiva. Trata-se de uma revisão bibliográfica exploratória. Conclui-se que os principais desafios para a prática do princípio da integralidade passam pela capacidade dos profissionais olharem para a dor do cliente e acolhê-lo, articulando-se as ofertas de ações preventivas de forma espontânea criando-se dispositivos e processos coletivos para além das ações preventivas demandadas pela própria população. A assistência prestada, a integração das ações promocionais preventivas e comprovadamente curativas, a organização das ações, o modelo de gestão e a formação dos profissionais devem ser consideradas para melhorar a assistência prestada. Este estudo sugere novas investigações sobre a integralidade da assistência.

Palavras-chave: integralidade. Atenção integral à saúde. Gestão. Saúde Coletiva.

ABSTRAC

The implementation of the principle of full assistance requires access to goods and services, management, formulation, participative control, user interaction and professionals and such user has to be considered with the integrity and dignity a human being deserves. When it comes to the challenge of applying the principle of full assistance in health services, the objective is to analyze the drawbacks of such appliance. This is an exploratory literature review. It is concluded that the main challenges to apply the principle of full assistance has to do with the capacity of the health worker understands the pain of the patient as well as being able to offer feasible preventing treatments. Such treatments should create collective measures and processes that should go beyond the preventing measures required by society. The provided assistance, the integration of effective preventing and healing actions, organization of activities, the management protocol and academic background must be considered in order to improve the services provided. This study suggests further research into full assistance.

Key words: Full Assistance. Full Health Awareness. Management. Public Health.

1 INTRODUÇÃO

Partindo do conceito de que o homem é um ser biopsicosocial, entende-se que as práticas de atenção à saúde realizadas para atender as necessidades do ser humano não alcançarão resultados impactantes se forem realizadas de forma fragmentada, sendo necessário, portanto, perceber o indivíduo de forma integral.

Segundo Reis (2008), a enfermagem, enquanto categoria profissional diretamente ligada ao cuidado e, portanto, muito próxima ao cliente em todos os níveis de atenção do sistema, tem papel fundamental na implementação da integralidade. Concorde-se com o autor, uma vez que o enfermeiro tanto na unidade básica quanto no hospital, está sempre muito próximo ao usuário do SUS.

No entanto, sabe-se que apenas a atuação do enfermeiro, por melhor e bem-intencionada que seja, não será suficiente para que a integralidade seja efetivada na prática, uma vez que, segundo Machado e colaboradores (2007), o modelo comumente praticado na saúde em geral consiste em uma prática fragmentada, centrada na produção de atos, predominando a desarticulação entre as inúmeras queixas dos usuários. E, para a superação desse cenário, impõe-se um novo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde.

A importância de se tomar a integralidade como objeto de reflexão de práticas da equipe de saúde e sua gerência se baseia na compreensão de que a construção da integralidade não ocorrerá em um lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial (FRACOLLI, et al. 2011).

Nessa perspectiva, vale destacar o princípio da integralidade proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço. Suas origens remontam a própria história do movimento de reforma Sanitária brasileira, que durante as décadas de 70 e 80, arcou diferentes movimentos de luta pelas melhores condições de vida, de trabalho na saúde e na formulação de políticas específicas de atenção aos usuários. E, com base na literatura existente inicialmente sistematizou-se três conjuntos de sentidos sobre a integralidade que tem por base a gênese desses movimentos, quais sejam a integralidade como traço da boa prática profissional, a integralidade como modo de organizar as práticas e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde (BVS, 2014).

Para Viegas e Penna (2013) a construção da integralidade surge como base para superar contradições e vencer desafios na consolidação do SUS e garantir a assistência

integral à saúde como direito e dever dos cidadãos, profissionais e gestores. A integralidade pressupõe acesso a bens e serviços, formulação, gestão e controle participativo nas políticas públicas, bem como a interação usuário/profissional sem perder a perspectiva daquilo que é comum a todos e deve ser universal: o direito de viver e ser tratado com respeito à integridade e à dignidade da condição humana em situações de saúde, doença e morte (VIEGAS; PENNA, 2013).

Diante disso, percebe-se que a discussão da integralidade da atenção surge como uma necessidade do processo de consolidação do sistema de saúde no Brasil e desafia gestores, profissionais de saúde, professores e sociedade civil a refletir sobre integralidade na perspectiva de um princípio que alberga transversalidade com os demais princípios do SUS e com reflexos concretos na qualidade da assistência (MACHADO et al. 2007).

Nesse sentido, Mattos (2004) diz que dentre os princípios e diretrizes do SUS, talvez o da integralidade seja o menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas. Com efeito, são evidentes mudanças do sistema tanto no eixo da descentralização quanto no controle social. No que diz respeito ao acesso universal, no SUS já não há tantas barreiras de acesso que privam os brasileiros das ações e serviços de saúde que necessitam, de modo que temos muito que caminhar no sentido da igualdade de acesso. Mas, no que diz respeito à integralidade, as mudanças não têm sido tão evidentes, estas acontecem aqui e acolá, mas ainda não ganharam a generalização e nem a visibilidade almejada.

Diante de tudo que foi exposto surgiu o questionamento sobre a aplicação do princípio da integralidade nos serviços públicos de saúde. E, visando encontrar respostas para esta questão foi estabelecido como objetivo para este artigo analisar a efetivação da prática do princípio da integralidade nos serviços de saúde coletiva.

Trata-se de uma revisão bibliográfica exploratória, que aborda o princípio da integralidade, a integralidade da assistência e o princípio da integralidade, e o desafio de sua prática em saúde coletiva. Foi realizada busca de artigos relevantes sobre tema, publicados nas bases de dados do *Scientific Electronic Libray online* (SciELO) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Com critérios de inclusão: publicados de 2002 a 2014, em português e inglês, texto completo, utilizado os

descritores: integralidade, atenção integral à saúde, Enfermagem. Justifica-se essa temática em saber sobre a importância da prática do princípio da integralidade em saúde coletiva no serviço de atendimento público.

2 A INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Conforme Viegas (2013), a integralidade constitui um elemento central para a consolidação de um modelo de saúde que incorpore, de forma mais efetiva, a universalidade e a equidade no atendimento às pessoas para alcançar ações resolutivas em saúde. Esses princípios do SUS foram defendidos como um princípio único: o do direito à saúde.

Segundo a *Lei 8080/1990* (BRASIL, 1990) o conceito de integralidade da assistência é definido como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Starfield (2002 apud SALA, 2011), explica que a integralidade pode ser entendida a partir de vários ângulos não excludentes entre si, mas que destacam aspectos diversos da mesma questão. Em uma primeira aproximação, a integralidade pode ser entendida como atendimento integral, focando as atividades preventivas e de promoção da saúde, sem prejuízos dos serviços assistenciais. Sendo, uma articulação entre promoção, prevenção e recuperação da saúde por meios de ações que se estruturam em um mesmo espaço com a constituição de saberes e ações que se completam.

Em outro ângulo de interpretação o autor supracitado, considera a integralidade como uma rede de serviços em diversos níveis de complexidade e competências, em que a integração entre as ações nos diversos níveis se realiza e satisfaz o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo. Destaca-se aqui a atuação decisiva dos gestores que organizam os serviços de saúde e estabelecem articulações favorecedoras de uma integralidade entre os diferentes níveis de complexidade e competências de uma rede de serviços de saúde.

Outro aspecto observado é que a avaliação da integralidade vem associada ou mesmo confundida com medidas de acesso. Um conjunto amplo de ações ofertadas num sistema de saúde só terá efetividade na medida de sua utilização com equidade. Da mesma forma, não interessa ter acesso aos cuidados parcelares e descontínuos. Ou seja, na realidade, o que vale a pena verificar é se está ocorrendo acesso a um sistema com cuidados integrais (CONILL, 2004).

A maior parte da produção sobre integralidade refere-se a assistência e ao cuidado em saúde. Apesar dessa centralidade de abordagem da produção científica, defende-se a ideia de que incorporar o princípio da integralidade qualifica as ações de vigilância, assim como as tipicamente assistenciais (O'DWYER; REIS; SILVA, 2010).

O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, e se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisitando o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional (MACHADO et al. 2007).

Como apontado até o momento, a apreensão da integralidade é complexa e diversa em razão de contextos, valores e racionalidades. Mas, sem dúvida, essa apreensão é necessária para um projeto político de qualidade de vida e saúde para a população (O'DWYER; REIS; SILVA, 2010).

Dentro da concepção de integralidade, destacam-se as ações de educação em saúde como estratégia articulada entre a concepção da realidade do contexto de saúde e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças a partir de cada profissional de saúde, do trabalho em equipe e dos diversos serviços que buscam uma transformação no quadro da saúde da população (MACHADO et al. 2007).

Diante do exposto, percebe-se que há vários sentidos para o princípio da integralidade e, tal fato, pode ser atribuído à formação tecnicista e fragmentada dos profissionais que refletem na prática o cuidado. Em saúde coletiva, o significado se agrega a implantação do SUS e a implementação da estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF). Porém, mesmo no PSF ou na Unidade Básica de Saúde e na saúde pública em geral é dúbia a compreensão da prática da integralidade. Segue-se nesse artigo buscando compreender e direcionar para a prática da integralidade entres as ações que

envolvem o atendimento humanizado de forma integral, ou seja, a mulher ou o homem (o ser) como um todo na sociedade capitalista.

2.1 O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE E OS DESAFIOS DE SUA PRÁTICA NA SAÚDE COLETIVA

Considerando os avanços alcançados a partir do PSF, percebe-se que ainda existem muitos fatores que dificultam a integralidade da assistência nos estabelecimentos de saúde, especialmente nas unidades básicas onde há a permanência de um trabalho organizado de forma parcelada, centrado na doença e organizado em programas de atenção a grupos específicos, por exemplo: crianças, gestantes, hipertensos etc., prevalecendo uma prática médica fragmentada e descontextualizada da realidade dos cidadãos, sem muita interação da equipe multiprofissional, comunidade e muito menos articulação dos vários setores da sociedade para garantir a saúde aos usuários do SUS.

Os modelos assistenciais e, conseqüentes modos de organização de processos de trabalho adotados atualmente na rede básica de saúde têm resultado, quase sempre, em pouca flexibilidade de atendimento às necessidades das pessoas e em dificuldade de acesso aos serviços aos cidadãos em seus momentos de maior necessidade (BRASIL, 2011). Haja vista, que os atendimentos nas unidades básica de saúde (UBS) e unidades de saúde da família (USF) são feitos de acordo com a demanda organizada, ou seja, um atendimento agendado, de acordo com programas direcionados a grupos específicos, como já citado anteriormente, não havendo uma inclusão adequada à demanda espontânea.

Nesse sentido, Machado e colaboradores (2007) afirmam que o modelo comumente praticado na saúde em geral consiste em uma prática fragmentada, centrada em produção de atos, predominando a desarticulação entre as inúmeras queixas dos usuários. E, para a superação desse cenário, impõe-se um novo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde

Segundo Mattos (2004) uma primeira dimensão da integralidade, na prática se expressa exatamente na capacidade dos profissionais para responder ao sofrimento

manifesto, o que resultou na demanda espontânea de um modo articulado à oferta relativa a ações ou procedimentos preventivos. Para os profissionais, isso significa incluir no seu cotidiano de trabalho rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas, posto que menos vinculadas à experiência individual do sofrimento. Para os serviços, isso significa criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer, para além das ações demandadas pela própria população a partir de experiências individuais de sofrimento, ações voltadas para a prevenção.

Para Reis e Andrade (2008), a organização e articulação entre os serviços e a integralidade configuram-se de forma a se ter um sistema que seja integrado em todos os seus níveis de complexidade. Integração é entendida como uma rede de serviços que funcione de modo a dar condições de acesso e que seja resolutiva para os problemas apresentados e para os fatores de risco que afetam a qualidade de vida da população. Inclui a articulação entre os serviços públicos e privados, bem como todas as instituições.

Assim, a reorganização da atenção primária, com vistas à universalidade do acesso a ações e serviços e à integralidade nas ações, implica também que demandas sejam respondidas na atenção secundária, quando se fizer necessário. Para isso, é imperativa a atuação dos profissionais da ESF no intuito de responder à maior parte dessas demandas e referenciar aos níveis de maior complexidade somente os casos específicos, além disso, é imprescindível a eficácia no sistema de regulação para otimização do acesso e uso da tecnologia dura. A referência deve ser correspondida pela contra referência para que o usuário não se perca pelo caminho e faça um trajeto na rede de cuidados com respostas integrais e equânimes. A adequação do preenchimento da guia de referência e contra referência é um ato simples, porém responsável por uma atenção de qualidade e digna à necessidade do usuário (VIEGAS; PENNA, 2013).

Ainda nesse sentido, Starfield (2002) diz que em qualquer sistema de saúde, na organização de atenção devem ser tomadas decisões em relação aos serviços que serão diretamente prestados ou disponibilizados. Embora nem todos os serviços sejam prestados no setor da atenção primária, o profissional de atenção primária tem a responsabilidade de reconhecer as necessidades de atenção à saúde e providenciar ou coordenar a prestação de serviços a serem disponibilizados em outros locais. Portanto, a

natureza do pacote de benefícios é bastante notável na atenção primária, mesmo que não ofereça todos.

Conforme Franco (2004) é necessária reformulação nas políticas e nos serviços de saúde, para atender às necessidades e aos anseios da população. Para garantir a integralidade é necessário considerar a estruturação do setor saúde. É preciso operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica de saúde, bem como a atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, além disso, ultrapassar os diversos interesses financeiros e comerciais incompatíveis com o interesse público e assim implementar o princípio integralidade, um dos pilares de sustentação do SUS, cujo cumprimento pode contribuir muito para a garantir a qualidade da atenção à saúde.

É questionado por Mattos (2004): A lógica assistencial se distancia da lógica da prevenção? Se tomarmos por um momento a perspectiva da atenção às pessoas, podemos constatar que a assistência é demandada a partir de uma experiência de sofrimento e de uma leitura de ser possível encontrar alento para tal sofrimento em um serviço de saúde. Isso resulta no que chamamos de demanda espontânea. Obviamente, tanto a experiência de sofrimento como essa expectativa frente aos serviços de saúde são construídas socialmente, embora experimentadas individualmente, o que nos leva a conclusão que essa demanda, que parece ser espontânea de fato, é construída socialmente. Mas aqui o que importa é que a assistência vincula-se a uma experiência individual de sofrimento

Pensando nisso, o autor supracitado vem propondo a linha de cuidado integral, uma proposta que visa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação, proporcionar acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita, desde visitas domiciliares até os de alta complexidade e ainda requer uma opção de política de saúde e de boa prática dos profissionais. O cuidado integral é pleno, feito com base no ato acolhedor do profissional de saúde, no estabelecimento do vínculo e na responsabilização diante do seu problema de saúde.

Conceber integralidade como sinônimo de holístico nos remete a uma interpretação ampliada dos profissionais sobre um dos princípios que regulamentam a Lei Orgânica de Saúde. Sinaliza, portanto, que poderá está acontecendo um processo de mudança na formação do profissional da área de saúde que gradativamente vem

migrando de um ensino disciplinar no qual o conhecimento é assimilado em partes para um ensino integral no qual o aluno é sujeito de sua aprendizagem (LINARD; CASTRO; CRUZ. 2011), essa exposição de ideia reflete o entendimento de integralidade não apenas no sentido prático do princípio, mas também no que pode ser ampliado às outras ciências podendo-se favorecer mudanças na formação de profissionais gradativamente com um olhar holístico compreendendo o usuário inserido em seu contexto social e familiar como um todo integrado e não apenas por parte desfragmentado.

Conforme Viegas (2013), essa definição envolve reconhecer o ser humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida e não apenas ausência de doenças. Nesse sentido, a atenção à saúde se dá com responsabilização, com a incorporação ao ato terapêutico da valorização do outro, respeitando sua visão de mundo, seu contexto social e sua dignidade. Cuidar para qualidade de vida, é, portanto, ser cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação. E, assim, esses segmentos compõem um dispositivo maior que é a integralidade.

Portanto, Reis e Andrade (2008) afirmam que a cada período específico, em que as políticas de saúde se sucederam, a valorização e a importância da enfermagem para a sociedade foram se modificando, culminando com a implantação do SUS, com princípios doutrinários que enfocam a equidade, a universalidade e a integralidade da assistência, princípios estes implícitos no fazer da enfermagem. Assim, ainda segundo Reis e Andrade (2008), enquanto práticas de saúde, a segunda dimensão da integralidade engloba a assistência prestada pelos atores envolvidos na saúde por meio da integração das ações promocionais, preventivas e curativas nas condições de vida e nos riscos e danos à saúde. Inclui ainda a eficácia, a organização das ações e os modelos de gestão dos serviços. Passa, assim, pela formação dos profissionais que atendem no sistema, bem como com o seu compromisso de melhorar a assistência prestada, de forma que o indivíduo deve ser entendido como um ser humano inserido no seu contexto físico, social e histórico.

As ações integradas de prevenção, promoção e assistência realizam-se parcialmente nas unidades de APS: se, por um lado, ocorre uma inequívoca dificuldade de acesso ao atendimento na unidade, por outro, foram os atendimentos relacionados ao controle e à prevenção de agravos os elementos do elenco de serviços mais evidentes aos usuários. A falta de serviços resolutivos de saúde mental e bucal chamou a atenção

no relato dos usuários, apontando a necessidade de qualificação das ações de saúde na APS e a incorporação de ações para atender às demandas de saúde mental e bucal (SALA, et al, 2011).

Conforme Assis (2010), esse contexto nos permite perceber que as dificuldades na articulação para propiciar uma política efetiva de educação permanente passam pelo aprofundamento crítico, com componentes ideológicos e políticos que envolvem a concepção de práticas em saúde e como o trabalho é produzido no ato de cuidar das pessoas na rede SUS. Além disso, devido à falta de uma vinculação de práticas em saúde e como o trabalho é produzido no ato de cuidar das pessoas na rede SUS. Bem como, devido à falta de uma vinculação do trabalhador ao sistema municipal, a gestão teria maior dificuldade em propor mudanças no modelo de atenção e, em consequência, no processo de trabalho. Consequentemente, as práticas e produção de serviço de saúde, desenvolvidas no âmbito do SUS, estariam comprometidas, muitas vezes, pela falta de qualificação, motivação e envolvimento dos profissionais.

Assim, busca-se criar as condições para que os profissionais que atuam no sistema de saúde aproximem-se mais dos indivíduos, oferecendo-lhes atendimento humanizado e mais resolutivo. Princípios como territorialidade, vínculo, continuidade, planejamento local, promoção à saúde estão cada vez mais presentes nas pautas e agendas não só dos técnicos como também dos movimentos sociais ligados ao setor saúde.

O processo de trabalho nos serviços de saúde segue os modelos assistenciais, pois o que se sabe é que por meio da formação e do ensino fragmentado o reflexo é também uma assistência voltada à produção por técnicas e procedimentos, ou seja, nos atos de forma centralizada no serviço.

Requer-se então um novo modelo de assistência à saúde no qual se possa atuar reconhecendo o ser envolvido em seu contexto social, político, familiar e econômico. Reconhecendo o ser humano de forma integral, praticando-se realmente um atendimento humanizado, igualitário, prestando-se serviço de qualidade focado na promoção de saúde. E não apenas afirmar que saúde então é ausência de doença. Excluído o ser humano como pessoa, como se não fosse inserida em seu contexto social e cultural que obviamente traz reflexos no processo saúde-doença para atuar em prol de sua saúde de forma autônoma de cuidados de si.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integralidade constitui-se em elemento efetivo para a universalidade e equidade, com ações resolutivas no atendimento às pessoas, uma vez que é entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, por meio da atenção integral e pelas atividades preventivas e de promoção à saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

A integralidade das ações em outro ângulo integra as ações dos diversos níveis de complexidades e competências em prol do cuidado do indivíduo e que envolve atuação dos gestores em organizar os serviços e estabelecer a articulação integral entre as redes de serviços de saúde.

Como foi visto neste estudo, o modelo de atenção à saúde, usualmente praticada, revela uma atenção fragmentada, baseada na produção de atos e desarticulada das principais queixas dos usuários e, ainda pouca flexibilidade no atendimento aos que tem mais dificuldade de acesso. Não interessa ter acesso a cuidados descontínuos e parcelares, pois o que se quer e se precisa é um o serviço coletivo de qualidade, com equidade e de forma integral. Para tanto, é necessário compromisso ético com a vida, e uma atenção à saúde coletiva de forma resolutiva e envolvente, por meio das ações de educação em saúde, articulando-se realidade do contexto e busca por atitudes geradoras de mudanças a partir de cada um dos profissionais de saúde que buscam transformação no quadro de saúde da coletividade.

Acredita-se que o primeiro desafio para a prática efetiva do princípio da integralidade é a capacidade dos profissionais em olharem para o necessitado do serviço que está sofrendo e acolhê-lo articulando-se as ofertas de ações preventivas de forma espontânea significando criar dispositivos e processos coletivos para além das ações preventivas demandadas pela própria população.

O segundo desafio engloba a assistência prestada e a integração das ações promocionais, preventivas e curativas. E ainda a eficácia, na organização das ações, no modelo de gestão e na formação dos profissionais para melhorar a assistência prestada.

A Integralidade da assistência em saúde requer uma preocupação constante com o atendimento e a eficácia das ações dos serviços prestados à população por profissionais conscientes de seu papel social, comprometidos com as reais necessidades de vida e saúde da população. Este estudo sugere novas investigações sobre as temáticas que envolvem atendimento integral e integralidade das ações dos serviços de saúde pública.

REFERÊNCIAS

ASSIS, MMA. et al. orgs. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p. ISBN 978-85-232-0669-7. Disponível em: < <http://static.scielo.org/scielobooks/xjcw9/pdf/assis-9788523208776.pdf>.> Acesso em: 24/09/2014.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 18/09/2014.

BRASIL. **Ministério da Saúde Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa** Departamento de Articulação Interfederativa Porto Alegre/RS, agosto de 2011. Disponível em: < http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1314721952681Decreto_7508.pdf .>. Acesso em: 18/09/2014.

BVS. **O que é Integralidade em Saúde.** 2014. Disponível em: <[Http://www.bvsintegralidade.icict.fiocruz.br/php/level.php?lang=pt&component=19&item=9](http://www.bvsintegralidade.icict.fiocruz.br/php/level.php?lang=pt&component=19&item=9)> Acesso em: 05/11/2014.

CONILL, Eleonor Minho. **Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Outubro. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000500038&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/09/2014.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida et al. **Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras.** *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 5, Outubro. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05/11/2014.

FRANCO, Túlio Batista; Júnior, Helvécio Miranda Magalhães. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado.** Publicado no livro: **O Trabalho em Saúde:**

O PRÍNCÍPIO DA INTEGRALIDADE E OS DESAFIOS DE SUA APLICAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

olhando e experienciando o SUS no cotidiano; HUCITEC, 2004-2a. edição; São Paulo, SP. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947118612INTEGRALIDADE%20NA%20ASSIST%CAN CIA%20Co%20SA%DADE%20-%20T%FAlio.pdf>>. Acesso em: 24/09/2014.

LINARD, Andrea Gomes; CASTRO, Marina Martins de; CRUZ, Ana Kelly Lima da. **Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da estratégia saúde da família**. Rev. Gaúcha Enferm. (Online), Porto Alegre, v. 32, n. 3, Setembro. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472011000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/09/2014.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Abril. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/09/2014.

MATTOS, Ruben Araujo de. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Outubro. 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Mar. 2014.

O'DWYER, Gisele; REIS, Daniela Carla de Souza; SILVA, Luciana Leite Gonçalves da. **Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, Nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000900010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Sept. 2014. 17/09/2014.

REIS, Cássia Barbosa; Andrade, Sônia Maria Oliveira de. **Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Fevereiro. 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17/09/2014.

SALA, Arnaldo et al. **Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo**. Saúde soc., São Paulo, v. 20, n. 4, Dezembro 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902011000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19/09/2014.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Ed. Conselho. Brasília. Ministério da Saúde, UNESCO, 2002.726p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p2.pdf>. Acesso em 24/09/2014.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; Penna, Cláudia Maria de Mattos. **O SUS é universal, mas vivemos de cotas.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Janeiro. 2013. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413- Acesso em: 24/09/2014.