

Integralidade na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família

Fabiana da Penha Colimoide¹, Maria Dyrce Dias Meira², Gina Andrade Abdala³, Sarah Lidiane Santos da Silva Oliveira⁴

Resumo

Este estudo objetivou conhecer a percepção de enfermeiros sobre a integralidade do ser humano na prática do cuidado de enfermagem no contexto da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria da Representação Social, com amostra de conveniência composta por 29 enfermeiros de uma Regional da Estratégia Saúde da Família entrevistados entre junho e setembro de 2015. O conteúdo transcrito foi codificado e analisado com base na técnica do discurso do sujeito coletivo. Os entrevistados demonstraram clara percepção da importância da integralidade para o cuidado de enfermagem, ou seja, atender e ver o indivíduo como um todo, contemplando suas particularidades. Para que a assistência integral seja realizada no plano terapêutico são necessárias condições externas, envolvendo a atuação sincrônica da equipe multiprofissional com a macroestrutura do sistema, que se traduz em Redes de Atenção à Saúde.

Palavras-chave: Integralidade em saúde. Assistência integral à saúde. Cuidados de enfermagem. Promoção da saúde.

Resumen

Integralidad en la perspectiva de enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia

El objetivo de este estudio fue conocer la percepción de enfermeros sobre la integralidad del ser humano en la práctica del cuidado de enfermería en el contexto de la Estrategia Salud de la Familia. Se trata de una investigación exploratoria, descriptiva, con un abordaje cualitativo, fundamentada en la Teoría de la Representación Social, con una muestra de conveniencia compuesta por 29 enfermeros de una Regional de la Estrategia de Salud de la Familia, entrevistados entre junio y septiembre de 2015. El contenido transcrito fue codificado y analizado en base a la técnica del discurso del sujeto colectivo. Los entrevistados demostraron una clara percepción de la importancia de la integralidad para el cuidado de enfermería, es decir, atender y ver al individuo como un todo, contemplando sus particularidades. Para que la asistencia integral se lleve a cabo en el plano terapéutico se necesitan condiciones externas que involucran la actuación sincrónica del equipo multiprofesional con la macroestructura del sistema, que se traduce en Redes de Atención de la Salud.

Palabras clave: Integralidad en salud. Atención integral de salud. Atención de enfermería. Promoción de la salud.

Abstract

Integrity from the perspective of nurses in the Family Health Strategy

The aim of the present study was to understand the perception of nurses regarding the integrality of human beings in the practice of nursing care provided through the Family Health Strategy. An exploratory and descriptive study with a qualitative approach based on the Theory of Social Representation was carried out. A convenience sample of 29 nurses from a Regional Family Health Strategy was interviewed between June and September 2015. The transcript content was coded and analyzed based on the Collective Subject Discourse technique. The respondents revealed a clear perception of the importance of integrality in nursing care and understood that attending to and viewing people based on their individual characteristics will translate this perception. In order to achieve integral care within the therapeutic plan, certain external conditions are required, involving the synchronized performance of a multidisciplinary team acting within the macrostructure of the system, which translates into Health Care Networks.

Keywords: Integrality in health. Comprehensive health care. Nursing care. Health promotion.

Aprovação CEP-SMS CAAE 28905914.3.0000.5377

1. **Mestre** fabianacolimoide@gmail.com – Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp) 2. **Doutora** dyrcem@yahoo.com – Unasp 3. **Doutora** ginabdala@gmail.com – Unasp 4. **Mestranda** sarah.oliveira@ucb.org.br – Unasp, São Paulo/SP, Brasil.

Correspondência

Fabiana da Penha Colimoide – Rua Galvão Bueno, 875, apt. 206, Liberdade CEP 01506-000. São Paulo/SP, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

A integralidade na atenção à saúde tornou-se objeto de profundo interesse governamental, tanto no que tange à economia relacionada ao processo do cuidar e suas demandas consequentes quanto às ações concretizadas para o alcance da saúde do indivíduo como um todo. O termo “integralidade em saúde” tem seu discreto surgimento como bandeira de luta no Movimento de Reforma Sanitária e, desde então, tornou-se diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar disso, a ideia não se concretizou em sua totalidade na vida de muitos brasileiros, pois priorizar atividades preventivas sem prejuízo das assistenciais revelou-se tarefa árdua, especialmente porque há lacuna de comunicação no que se refere às ações voltadas a prevenção e cuidados individuais e coletivos, além da atual fragilidade da atenção terciária¹.

O SUS foi planejado para atendimento integral, tanto que incorporou *o conceito ampliado de saúde resultante dos modos de vida, de organização e de produção em um determinado contexto histórico, social e cultural, buscando superar a concepção da saúde como ausência de doença*². Desmistifica assim a centralidade dos aspectos biológicos como únicos determinantes do processo de adoecimento, sendo capaz também de projetar ações destinadas ao cuidado integral.

No contexto do SUS, a atenção básica (AB) ou atenção primária à saúde (APS), como denominada no âmbito internacional, constitui linha contínua na assistência integral ao indivíduo e objetiva atender a todas as suas necessidades de saúde, agravos e doenças. A APS, como modelo de atenção à saúde, teve seu primeiro conceito registrado em 1920 no Relatório Dawson, do Reino Unido. Segundo esse registro, serviços de saúde deveriam ser prestados de forma organizada e hierarquizada, conforme nível de complexidade, e demarcada por região geográfica³.

A AB no Brasil tem se ancorado na Estratégia Saúde da Família (ESF) e foi planejada para atender às necessidades de saúde dos indivíduos em sua singularidade e complexidade, visando a assistência integral. Propõe a participação democrática do usuário como ator ativo nas resoluções de interesses compartilhados, assim como a sincronia entre comunidade e indivíduo, baseada no bem comum e no respeito às necessidades de saúde no contexto comunitário, rompendo por meio das estruturas do SUS a fórmula fragmentada de oferta da atenção³.

A mudança no modelo gerencial da AB em saúde propiciou o surgimento da ESF como

modelo de assistência de qualidade, alcançado por meio de sua organização sistêmica. Esse modelo fortalece a ideologia cidadã de sua criação, segundo a qual o Estado propõe padrão de produção de saúde baseado em políticas assistenciais coordenadas, sistematizadas e controladas pelo acompanhamento e avaliação dos resultados e metas alcançadas. Portanto, o modelo assistencial deveria convergir para a desospitalização e assistência preventiva⁴.

O modelo biomédico, predominantemente baseado em especializações, ancora-se na ideia de que o indivíduo pode ser tratado de forma fragmentada, o que torna a assistência mecânica e solapa seu papel protagonista no processo saúde-doença. Essa estratégia se contrapõe à proposta do SUS que garante atendimento integral ao usuário por meio de cuidados que seriam a base de um programa destinado à promoção da saúde⁵. A ESF vem se estruturando para cumprir sua finalidade precípua de reorganizar o novo modelo de atenção à saúde pautado na integralidade, que avança apoiado nas políticas de promoção da saúde, tendo como base a determinação social do processo saúde-doença para compreender e reger suas propostas de ação¹.

Nesse contexto, é necessário alinhar o modelo educacional para formar profissionais de saúde de acordo com as propostas do SUS¹. Embora ainda haja longo caminho a ser percorrido, ressaltam-se as valiosas contribuições das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, especialmente para os de enfermagem. Além de propor a formação de profissional generalista, crítico-reflexivo, capaz de desenvolver competências técnico-científicas, ético-políticas e socioeducativas, as DCN sugerem métodos ativos para aprendizado significativo, direcionado a formação crítico-reflexiva⁶. É preciso rever as diretrizes da formação em saúde para que haja mudança estrutural na assistência.

A integralidade na promoção da saúde, no campo do cuidado e da atenção, torna-se, assim, estratégia de produção de saúde, com respeito às potencialidades e especificidades para se criar projetos terapêuticos e organizar o trabalho e a vida, por meio de entrevista qualificada de usuários e trabalhadores. Isso permite que não seja tão somente o adoecimento o foco da atenção, mas que o cuidado seja acompanhado do acolhimento, da escuta de histórias e da análise das condições de vida de cada indivíduo². Essa estratégia não vê o paciente como sistema

fragmentado de doenças e é capaz de olhar o usuário de forma integral, ouvindo não somente sua dor expressa, mas intuindo suas reais necessidades, muitas vezes implícitas.

A integralidade do cuidado acaba por se tornar eixo condutor de mudanças no modelo biomédico, apontando para as dimensões complexas da vida humana³. Visa ainda atenuar a fragmentação da assistência e resgatar o direito da população de ser atendida em todas as suas necessidades de saúde, cabendo ao Estado ofertar serviços organizados para atendimento integral e intimamente relacionado à compreensão dos determinantes do processo saúde-doença³. O cuidado passa, portanto, a ser dispositivo político para concretizar a integralidade da assistência, sendo, no SUS, um dos princípios norteadores que determina que o usuário seja tratado indivisivelmente, como um todo inserido na comunidade⁷. O indivíduo deve ser assistido de forma horizontal e vertical em redes de referência e contrarreferência que assegurem a assistência integral⁸.

O grande desafio, ao que parece, é a consolidação de sistema integrado, com articulação das ações em esfera regional para garantir atenção qualificada, com boas práticas assistenciais e administrativas. Sob essa ótica, é fundamental estruturar a assistência em Redes de Atenção à Saúde (RAS), nas quais o sistema de saúde passa a ter ações integradas, contribuindo para o acesso do usuário e a continuidade da assistência. Atrelado a isso, a RAS, enquanto modelo organizativo, integra sistema de apoio técnico e de gestão que busca o aprimoramento do SUS e o uso racional dos recursos existentes para a integralidade do cuidado em saúde³.

É importante ressaltar que a RAS deve ser compreendida a partir de perspectiva promissora, pois, além de apoio terapêutico e de diagnóstico, propicia procedimentos com variadas tecnologias e a integração dos sistemas de gestão, apoiando unidades assistenciais³. Nesse contexto, cuidar vai além da ação técnica para desenvolver o procedimento necessário, envolve mais do que a teoria que se estuda durante a formação. Tem relação direta com aprender a ver o outro com todas as suas peculiaridades e desafios a serem compartilhados. Na enfermagem, isso deveria ser intrínseco, parte do cotidiano da assistência para alcançar a integralidade do cuidado.

A integralidade deveria ser sustentada e defendida nas práticas dos profissionais de saúde,

proporcionando atendimento voltado aos múltiplos aspectos orgânicos, sociais, emocionais e espirituais, com foco na restauração e vitalidade do ser humano⁷. Para tanto, a formação de profissionais de saúde, em especial de enfermeiros, deveria ter orientação que potencializasse competências para a integralidade, incluindo o enfrentamento das necessidades de saúde da população e o próprio desenvolvimento do sistema de saúde⁹.

A percepção de integralidade dos profissionais de saúde se dá mediante programas como Agente Comunitário de Saúde, Saúde da Mulher, do Idoso, da Criança, Saúde na Escola, Rede Amamenta Brasil e Saúde Mental, entre outros modelos de trabalho, como matriciamento, grupo terapêutico e visitas domiciliares. Todas essas ações contribuem para que a integralidade seja alcançada. Porém, a despeito dos esforços de planejar o trabalho com base na comunicação entre paciente e profissional e entre os próprios profissionais, a integralidade não é ainda concreta. A falta de trabalho articulado e responsabilidade compartilhada nas decisões e ações, após as discussões dos casos clínicos, se traduz em comunicação ineficaz, o que relega as necessidades trazidas pelo usuário¹⁰. Assim, o objetivo deste estudo foi conhecer a percepção de enfermeiros sobre a integralidade do ser humano na prática do cuidado de enfermagem no contexto da ESF.

Método

Trata-se de estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa apresentada neste artigo é parte de estudo que contou com a participação de 29 dos 75 enfermeiros que trabalhavam em doze unidades da ESF localizadas na zona sul do município de São Paulo, Brasil. A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho e setembro de 2015, e o critério para seleção abrangia enfermeiros atuantes nas unidades da ESF no momento da coleta de dados.

A pesquisa foi realizada por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, gravada para transcrição posterior. Foram coletados dados sociodemográficos, como idade, tempo de formação e de trabalho. No recorte deste artigo, analisamos a primeira questão norteadora: “o que você entende por integralidade na atenção à saúde?”. Os enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa expressaram sua anuência mediante

assinatura do termo de consentimento livre esclarecido, conforme a *Declaração de Helsink*¹¹ e a Resolução CNS 466/2012¹².

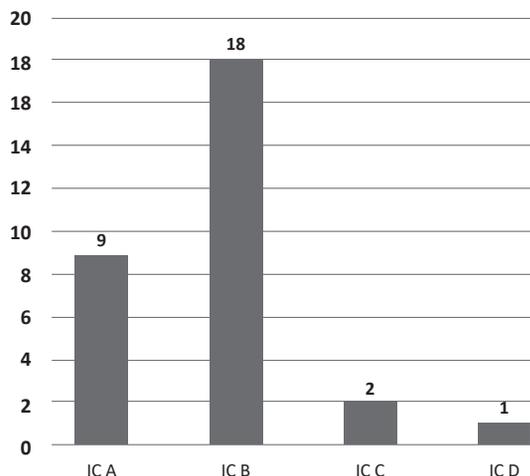
As entrevistas foram realizadas durante duas reuniões promovidas pela administração da unidade regional da ESF. Posteriormente foram transcritas na íntegra e os discursos codificados com números para cada enfermeiro participante (E1, E2, E3...), sendo submetidas à técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), a partir da qual se constrói painel das representações dos participantes na forma de discurso singular com resgate do pensamento coletivo. Segundo essa técnica, extrai-se a essência de cada depoimento por meio de trechos denominados “ideias centrais” (IC), constituídas de expressões-chave (ECH).

As representações sobre a temática pesquisada são reunidas em conjuntos de falas que compõem o DSC e podem subsidiar questionamentos e discussões sobre os motivos pelos quais as pessoas expressaram tais pensamentos, suas consequências e implicações na prática¹³. A análise do conteúdo discursivo tomou como base a Teoria da Representação Social¹⁴. Como pressuposto da Sociologia, propõe-se que qualquer emoção, crença, ideia, religião, mito ou ciências podem ser incluídos como objeto para análise sob a luz das representações sociais. Assim, essa teoria agrega aos resultados investigados a possibilidade de melhor compreensão das questões propostas¹⁵.

Resultados e discussão

O perfil sociodemográfico dos participantes foi composto por 29 enfermeiros, sendo três homens e 26 mulheres. A faixa etária dos participantes foi entre 24 e 57 anos, sendo maior a concentração entre 24 e 30 anos. O tempo de trabalho variou de seis meses a 33 anos e o tempo desde a formação oscilou predominantemente até dez anos. Serão apresentados a seguir os resultados das entrevistas, categorizados na forma de DSC, em resposta à primeira pergunta norteadora “o que você entende por integralidade?”. Vale ressaltar que as respostas podem ser representadas em mais de uma IC, ou seja, foram extraídas da fala de um mesmo participante duas respostas que foram incorporadas em mais de um DSC. Por conseguinte, houve acréscimo no quantitativo das respostas (n = 30), conforme consta no Gráfico 1.

Gráfico 1. Frequência absoluta das ideias centrais, segundo expressões-chave, referente à pergunta “o que você entende por integralidade na atenção à saúde?”.



IC A: ver o indivíduo como um todo; IC B: atender o indivíduo como um todo; IC C: é atuação da equipe multiprofissional; IC D: é necessária a estruturação do serviço para a integralidade do cuidado.

Ideia central A: ver o indivíduo como um todo (9 ECH)

DSC – “Integralidade na atenção à saúde é entender o indivíduo como um todo, nas diversas dimensões, não só o problema que ele está apresentando, mas vê-lo integralmente, também quanto à saúde mental, espiritual e física. É isso que eu entendo. É a gente olhar o paciente como um todo. É a gente não olhar só a doença que ele tem, mas o que envolve o indivíduo”;

“A integralidade é ver o paciente, a pessoa, o usuário como um todo, em todos os aspectos da vida dele, não só físico, mas a mente, a forma de lidar com a vida. É uma visão da pessoa como um todo, sendo uma composição entre o bem-estar mental, o espiritual e o físico”;

“A maneira que se olha difere da maneira que se cuida por certo, pois o indivíduo não será meramente uma doença ou um dígito a mais em uma repartição de um ambiente de saúde. Ele passará a ser considerado de forma não fragmentada, mas na integralidade do ser assistido”.

A integralidade é valor a ser sustentado como princípio na prática cotidiana dos enfermeiros, pressupondo que no encontro com o paciente busca-se superar a visão biologista que o reduz a um fragmento. Esse esforço parte da ideia de que o reducionismo remete ao sofrimento psicossocial,

e para evitá-lo é indispensável enxergar o paciente como ser integral. Assim, as possibilidades perante a doença e o sofrimento são convertidas em processo resiliente e menos sofrido do que o atualmente observado, uma vez que o foco não foi somente na doença, mas no contexto em que ela foi ocasionada e no qual o paciente está inserido⁷.

Pressupõe-se que o enfermeiro já tem incorporada à sua prática a capacidade de realizar o acolhimento humanizado, bem como a habilidade interativa e associativa de compreender o ser humano como um todo, contemplando, assim, em seu cotidiano a integralidade da assistência à saúde no cuidado prestado em todos os processos de trabalho¹⁶.

Ideia central B: atender o indivíduo como um todo (18 ECH)

DSC – “É você atender o indivíduo na sua totalidade, sendo o atendimento integral, não somente vendo como uma doença específica, mas fornecendo todos os meios necessários para a saúde da pessoa na comunidade, com bem-estar físico, espiritual, moral, toda a abordagem do paciente mesmo”;

“É o cuidado do paciente como um todo, com prevenção e promoção da saúde, avaliando todos os aspectos da pessoa, todos os âmbitos dela, incluindo também o psicológico, prestando o serviço adequado à necessidade do usuário de forma integral. Fazer por ele aquilo que ele precisa, promovendo uma assistência completa, em tudo que o paciente precisar, em todos os aspectos”.

A integralidade na saúde tem pressupostos inegociáveis que não deveriam ser deixados de lado, haja vista que o atendimento integral é direito constitucionalmente garantido a cada indivíduo na completude que o cuidado perfaz. Objetivando a integralidade, todo indivíduo deve ser visto e atendido como ser completo e não fragmentado. Esse princípio representa a centralidade das práticas de saúde para que as necessidades da população sejam atendidas⁵.

Conforme a representação dos entrevistados, advoga-se a ideia de que é necessário assistir o indivíduo como um todo e não lhe dispensar cuidado fragmentado. A ideia de integralidade parece sobrepor-se ao paradigma cartesiano, pois nessa concepção a mente faz parte do corpo e vice-versa, e se um é afetado, o outro se ressentirá. Nesse contexto, o cuidado é entendido como o conjunto de comportamentos e ações que

envolvem conhecimentos, atitudes, habilidades, intuição e pensamento crítico em relação ao ser cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar tanto sua saúde quanto sua dignidade e totalidade humanas¹⁷.

Ideia central C: é atuação da equipe multiprofissional (2 ECH)

DSC – “É um trabalho em conjunto, envolvendo toda a equipe multiprofissional. O paciente entra na atenção básica solicitando ajuda ou precisando de alguma coisa. Então, no serviço de saúde, a partir do momento em que ele entra, na primeira escuta já começa o processo de integralidade. Ele vai precisar de um acompanhamento da equipe”.

Os participantes deste estudo traduziram a responsabilidade da equipe ao verbalizar que o cuidado ao doente vai além da formalidade do atendimento feito somente pela enfermagem. Para alcançar a integralidade, não se pode imaginar que o cuidado seja responsabilidade de apenas um profissional ou serviço de saúde. Deve-se ter como princípios o trabalho em rede, a escuta às necessidades pessoais, o vínculo socialmente responsável com a população e a adoção de medidas resolutivas por todos que compõem a equipe de saúde¹⁸.

No local onde o paciente for assistido, caberá a todos os profissionais tecer rede contínua de assistência para que o assistido se sinta integralmente cuidado. Também deve-se citar a responsabilidade do Poder Público, que elabora políticas de gestão e de capacitação ou formação profissional, podendo contribuir para uma melhor assistência que valorize o processo de cuidar⁸. O trabalho integrado entre profissionais e outros setores cada vez mais se torna necessário diante da demanda da assistência complexa, em que as discussões interdisciplinares colaborarão para a efetividade do trabalho abrangente e com vistas à integralidade na assistência⁹.

Ideia central D: é necessária a estruturação do serviço para a integralidade do cuidado (1 ECH)

DSC – “É ter um serviço estruturado em que o plano terapêutico, que eu possa oferecer a ele [paciente], esteja dentro das possibilidades que o serviço me dá, de modo que eu possa intervir na necessidade em questão, de forma geral em todos os aspectos – físico, mental e espiritual”.

A estruturação setorial para que o profissional enfermeiro e os demais executem a assistência é relevante e necessária, conforme a fala dos participantes. A possibilidade de atendimento integral está atrelada às condições mínimas para executar o plano terapêutico, como mencionado. As secretarias estaduais de saúde são responsáveis pela execução das Políticas Nacionais de Promoção da Saúde, que preconizam a necessidade de *apoiar e promover a execução de programas, planos, projetos e ações relacionados com a promoção da saúde, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades do seu território*¹⁹. Assim, reitera-se a importância de consolidar a integralidade nos serviços de saúde, avaliando e suprindo as necessidades do ambiente e do perfil da população assistida¹⁷.

Além da responsabilidade institucional, existe a individual, sendo que a atitude profissional faz a diferença para se ter assistência integral. A representação dos participantes leva-nos a questionar se as propostas apresentadas nas políticas públicas de saúde realmente se materializam no cotidiano. O DSC apresentado na IC C considera a escuta qualificada e sensível como iniciativa do próprio profissional, dando a entender que esse tipo de escuta não é diretamente dependente da estrutura organizacional.

Segundo a fala dos participantes, a escuta qualificada é ação que possibilita que o indivíduo se sinta assistido de modo integral, sugerindo que deva estar sempre associada a outras atitudes dos profissionais. Em especial, os enfermeiros que normalmente recebem o indivíduo no acolhimento podem contribuir para que, na continuidade do atendimento, as informações coletadas durante essa escuta possam ser usadas para planejar uma atenção à saúde visando a integralidade do ser humano.

Considerações finais

A integralidade é conceito difundido entre os enfermeiros participantes do estudo, uma vez que reconhecem que, para que a saúde seja plena e completa, o ser humano precisa ser assistido integralmente em todas as suas particularidades.

Referências

1. Fracoli LA, Zoboli ELP, Granja GF, Ermel RC. Conceito e prática da integralidade na atenção básica: a percepção das enfermeiras. [Internet]. Rev Esc Enferm USP. 2011 [acesso 7 set 2016];45(5):1135-41. Disponível: <http://bit.ly/2wG2gUN>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de promoção da saúde: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. p. 7.

No entanto, os resultados do estudo induzem a questionar se a prática está tão manifesta quanto seu conhecimento. Para os participantes, a atenção à saúde engloba assistir o indivíduo no aspecto físico, mental, psicológico e espiritual. Porém, revelam em seus discursos que a integralidade não deve ser foco somente de seu trabalho, devendo estender-se a toda a equipe multiprofissional. Isso permitiria que a assistência integral iniciasse já no primeiro contato do indivíduo com os profissionais de saúde da ESF, caracterizando assim atendimento humanizado, com escuta qualificada e direcionada desde a entrada.

O plano terapêutico ideal, segundo os entrevistados, requer condições externas para sua concretização, sugerindo a necessidade de intervenção do Poder Público para que a assistência integral seja realidade diante das necessidades individuais dos clientes. A integralidade deve ser enfatizada no âmbito da gestão e as metas ajustadas para que possa se tornar prática cotidiana na ESF. Com isso, conclui-se que a percepção dos enfermeiros quanto à integralidade do ser humano na prática do cuidado de enfermagem foi abrangente, sendo, porém, sugestiva de reavaliação das ações voltadas à assistência integral ao indivíduo no contexto da ESF. Indica igualmente que a integralidade não deve ser limitada por condições externas, mas direcionada por condutas pautadas na ética pessoal e interpessoal dos profissionais em relação àquele que é objeto do cuidado, ainda que as esferas políticas sejam teoricamente preponderantes.

Ver e atender o indivíduo como um todo são percepções relevantes para os entrevistados e isso é importante para a atenção integral. Depreende-se ainda que as ações dos enfermeiros precisam ser mais pragmáticas, envolvendo atitudes que vão além da teoria e dos protocolos instituídos no contexto da ESF. Nessa perspectiva, percebe-se que a integralidade na saúde requer atuação sincrônica da equipe multiprofissional, ancorada em visão sistêmica e articulada com a macroestrutura, que por sua vez deve estar organizada em RAS. O desafio de solidificar o trabalho estruturado em redes visa corroborar uma prática assistencial que ainda está aquém do cuidado ao indivíduo de forma integral.

3. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. [Internet]. Saúde Soc. 2011 [acesso 12 Jun 2017];20(4):867-74. Disponível: <http://ref.scielo.org/d467zt>
4. Melo RC, Machado ME. Coordenação de unidades de saúde da família por enfermeiros: desafios e potencialidades. [Internet]. Rev Gaúcha Enferm. 2013 [acesso 18 set 2016];34(4):61-7. Disponível: <http://bit.ly/2w6uAMi>
5. Seixas CT, Merhy EE, Baduy RS, Slomp Junior H. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. [Internet]. Salud Colect. 2016 [acesso 18 set 2016];12(1):113-23. p. 117. Disponível: <http://bit.ly/2w6QCPE>
6. Vieira MA, Souto LES, Souza SM, Lima CA, Ohara CVS, Domenico EBL. Diretrizes curriculares nacionais para a área da enfermagem: o papel das competências na formação do enfermeiro. Renome. 2016;5(1):105-21.
7. Teixeira GB, Silva CA, Teixeira LB, Monteiro AI. Compreendendo o princípio da integralidade na visão de discentes da graduação em enfermagem. Esc Anna Nery. 2013;17(4):764-71.
8. Lima IFS, Lobo FS, Acioli KLBO, Aguiar ZN. Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma unidade básica de saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(4):944-52.
9. Oliveira IC, Cutolo LRA. Percepção dos alunos dos cursos de graduação na saúde sobre integralidade. Rev Bras Educ Méd. 2015;39(2):208-17.
10. Andrade SR, Mello ALSF, Locks MTR, Mattia D, Hoeller F, Erdmann AL. Melhores práticas na atenção básica à saúde e os sentidos da integralidade. Esc Anna Nery. 2013;17(4):620-7.
11. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. [Internet]. Helsinki: WMA; 2000 [acesso 26 mar 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2rJdF3M>
12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília; jun 2013. Seção 1.
13. Figueiredo MZA, Chiari BM, Goulart BNG. Discurso do sujeito coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali quantitativa. Distúrb Comun. 2013;25(1):129-36.
14. Durkheim É. As regras do método sociológico. 14ª ed. São Paulo: Nacional; 1990.
15. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2009.
16. Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Büscher A, Maya AMS. Significado da prática social do enfermeiro com e a partir do Sistema Único de Saúde brasileiro. Aquichan. 2014;14(4):560-70.
17. Viegas SMF, Penna CMM. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. Interface Comun Saúde Educ. 2015;19(55):1089-100.
18. Porto D, Schierholt SR, Costa AM. Retratos da relação médico-paciente na atenção básica. Rev bioét. (Impr.). 2012;20(2):288-99.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Op. cit. p. 26.

Participação das autoras

Fabiana da Penha Colimoides participou do planejamento do estudo, análise e interpretação dos dados, elaboração e formatação do manuscrito. Maria Dyrce Dias Meira e Gina Andrade Abdala contribuíram no planejamento, análise e interpretação dos dados e revisão crítica. Sarah Lidiane Santos da Silva Oliveira colaborou na formatação e revisão crítica do manuscrito. Todas as autoras cooperaram para a aprovação da redação final.

Recebido: 3.10.2016

Revisado: 8. 7.2017

Aprovado: 14. 8.2017

