

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

Fabiana da Penha Colimoide<sup>1</sup>, Maria Dyrce Dias Meira<sup>2</sup>, Gina Andrade Abdala<sup>3</sup>, Sarah Lidiane Santos da Silva Oliveira<sup>4</sup>

## Resumen

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 involucren 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.

## Resumo

### Integralidade na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família

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.

## 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.

La integralidad en la atención de la salud se tornó objeto de profundo interés gubernamental, tanto en lo que atañe a la economía relacionada con el proceso de cuidar y sus demandas consiguientes, como a las acciones concretadas para el alcance de la salud del individuo como un todo. El término “integralidad en salud” tiene su discreto surgimiento como bandera de lucha en el Movimiento de Reforma Sanitaria y, desde entonces, se tornó una directriz del Sistema Único de Salud (SUS). A pesar de eso, la idea no se concretó en su totalidad en la vida de muchos brasileños, pues priorizar actividades preventivas sin perjuicio de las asistenciales se reveló como una tarea ardua, especialmente porque existe una laguna de comunicación en lo que se refiere a las acciones abocadas a la prevención y a los cuidados individuales y colectivos, además de la actual fragilidad de la atención terciaria <sup>1</sup>.

El SUS fue planeado para una atención integral, tanto que incorporó *el concepto ampliado de salud resultante de los modos de vida, de organización y de producción en un determinado contexto histórico, social y cultural, buscando superar la concepción de la salud como ausencia de enfermedad* <sup>2</sup>. Desmitifica así la centralidad de los aspectos biológicos como únicos determinantes del proceso de enfermar, siendo capaz también de proyectar acciones destinadas al cuidado integral.

En el contexto del SUS, la atención básica (AB) o la atención primaria de la salud (APS), como se denomina en el ámbito internacional, constituye una línea continua en la asistencia integral al individuo y tiene como objetivo atender a todas sus necesidades de salud, males y enfermedades. La APS, como modelo de atención de la salud, tuvo su primer concepto registrado en 1920 en el Informe Dawson, del Reino Unido. Según ese registro, los servicios de salud debían ser brindados de forma organizada y jerarquizada, de acuerdo al nivel de complejidad, y demarcada por región geográfica <sup>3</sup>.

La AB en Brasil se ha anclado en la Estrategia Salud de la Familia (ESF) y fue planificada para atender a las necesidades de salud de los individuos en su singularidad y complejidad, procurando una asistencia integral. Propone la participación democrática del usuario como actor activo en las resoluciones de intereses compartidos, así como la sincronía entre comunidad e individuo, basada en el bien común y en el respeto a las necesidades de salud en el contexto comunitario, rompiendo por medio de las estructuras del SUS, la fórmula fragmentada de oferta de la atención <sup>3</sup>.

El cambio en el modelo gerencial de la AB en salud propició el surgimiento de la ESF como modelo de asistencia de calidad, alcanzado por medio de su organización sistémica. Este modelo fortalece la ideología ciudadana de su creación, según la cual el Estado propone un estándar de producción de salud basado en políticas asistenciales coordinadas, sistematizadas y controladas por el acompañamiento y la evaluación de los resultados y metas alcanzadas. Por lo tanto, el modelo asistencial debería converger en la deshospitalización y en la asistencia preventiva <sup>4</sup>.

El modelo biomédico, predominantemente basado en especializaciones, se ancla en la idea de que el individuo puede ser tratado de forma fragmentada lo que torna a la asistencia mecánica y solapa su papel protagónico en el proceso salud-enfermedad. Esta estrategia se contrapone a la propuesta del SUS que garantiza una atención integral al usuario por medio de cuidados que constituirían la base de un programa destinado a la promoción de la salud <sup>5</sup>. La ESF viene estructurándose para cumplir su finalidad primordial de reorganizar el nuevo modelo de atención de la salud fundado en la integralidad, que avanza apoyado en las políticas de promoción de la salud, teniendo como base la determinación social del proceso salud-enfermedad para comprender y regir sus propuestas de acción <sup>1</sup>.

En este contexto, es necesario alinear el modelo educativo para formar profesionales de la salud de acuerdo a las propuestas del SUS <sup>1</sup>. Aunque aún haya un largo camino por recorrer, se destacan las valiosas contribuciones de las Directrices Curriculares Nacionales (DCN) para las carreras del área de la salud, especialmente para las de Enfermería. Además de proponer la formación generalista del profesional, crítico-reflexivo, capaz de desarrollar competencias técnico-científicas, ético-políticas y socioeducativas, las DCN sugieren los métodos activos para el aprendizaje significativo, direccionando la formación crítico-reflexiva <sup>6</sup>. Es necesario revisar las directrices de la formación en salud para que exista un cambio estructural en la asistencia.

La integralidad en la promoción de la salud, en el campo del cuidado y de la atención, se torna, así, una estrategia de producción de la salud, con respecto a las potencialidades y especificidades para crear proyectos terapéuticos y organizar el trabajo y la vida, por medio de una entrevista calificada de usuarios y trabajadores. Esto permite que no sea sólo la enfermedad el foco de la atención, sino que el cuidado esté acompañado de una acogida, de la escucha de historias y de un análisis de

las condiciones de vida de cada individuo <sup>2</sup>. Esta estrategia no ve al paciente como un sistema fragmentado de enfermedades y es capaz de mirar al usuario de forma integral, oyendo no sólo su dolor expresado, sino intuyendo sus reales necesidades, muchas veces implícitas.

La integralidad del cuidado acaba tornándose un eje conductor de los cambios en el modelo biomédico, señalando las dimensiones complejas de la vida humana <sup>3</sup>. Procura además atenuar la fragmentación de la asistencia y rescatar el derecho de la población a ser atendida en todas sus necesidades de salud, siendo competencia del Estado ofrecer servicios organizados para una atención integral e íntimamente relacionada con la comprensión de los determinantes del proceso salud-enfermedad <sup>3</sup>. El cuidado pasa a ser, por lo tanto, un dispositivo político para concretar la integralidad de la asistencia siendo, en el SUS, uno de los principales orientadores que determina que el usuario sea tratado indivisiblemente, como un todo inserto en la comunidad <sup>7</sup>. El individuo debe ser asistido de forma horizontal y vertical en redes de referencia y contra-referencia que aseguren la asistencia integral <sup>8</sup>.

El gran desafío parece ser la consolidación de un sistema integrado, con la articulación de las acciones en una esfera regional para garantizar la atención calificada, con buenas prácticas asistenciales y administrativas. Bajo esta óptica, es fundamental estructurar la asistencia en Redes de Atención de la Salud (RAS), en las cuales el sistema de salud pasa a tener acciones integradas, contribuyendo al acceso del usuario y a la continuidad de la asistencia. A la par de esto, la RAS, en tanto modelo organizativo, integra un sistema de apoyo técnico y de gestión que busca el mejoramiento del SUS y el uso racional de los recursos existentes para la integralidad del cuidado en salud <sup>3</sup>.

Es importante destacar que la RAS debe ser comprendida a partir de una perspectiva promissoria, pues, además del apoyo terapéutico y de diagnóstico, propicia procedimientos con variadas tecnologías y la integración de los sistemas de gestión, colaborando con las unidades asistenciales <sup>3</sup>. En este contexto, cuidar va más allá de la acción técnica para desarrollar el procedimiento necesario, implica más que la teoría que se estudia durante la formación. Tiene relación directa con aprender a ver al otro con todas sus peculiaridades y desafíos a ser compartidos. En Enfermería, esto debería ser intrínseco, parte de la cotidianidad de la asistencia para alcanzar la integralidad del cuidado.

La integralidad debería sostenerse y defenderse en las prácticas de los profesionales de salud, proporcionando una atención abocada a los múltiples aspectos orgánicos, sociales, emocionales y espirituales, con foco en la restauración y vitalidad del ser humano <sup>7</sup>. Para ello, la formación de profesionales de la salud, en especial de enfermeros, debería tener una orientación que potencie las competencias para la integralidad, incluyendo el abordaje de las necesidades de salud de la población y el propio desarrollo del sistema de salud <sup>9</sup>.

La percepción de la integralidad de los profesionales de salud se da mediante programas como Agente Comunitario de Salud, Salud de la Mujer, del Anciano, del Niño, Salud en la Escuela, Red Amamanta Brasil y Salud Mental, entre otros modelos de trabajo, como matriciamiento, grupo terapéutico y visitas domiciliarias. Todas estas acciones contribuyen a que la integralidad sea alcanzada. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos por planificar el trabajo en base a la comunicación entre paciente y profesional y entre los propios profesionales, la integralidad no se concreta aún. La falta de trabajo articulado y de responsabilidad compartida en las decisiones y acciones, tras las discusiones de los casos clínicos, se traduce en una comunicación ineficaz, lo que relega las necesidades traídas por el usuario <sup>10</sup>. Así, el objetivo de este estudio fue conocer la percepción de los enfermeros sobre la integralidad del ser humano en la práctica del cuidado de Enfermería en el contexto de la ESF.

## Método

Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo, con un abordaje cualitativo. La investigación presentada en este artículo es parte de un estudio que contó con la participación de 29 de los 75 enfermeros que trabajaban en doce unidades de la ESF localizadas en la zona sur del municipio de São Paulo, Brasil. La recolección de datos tuvo lugar entre los meses de junio y septiembre de 2015, y el criterio para la selección abarcaba enfermeros actuantes en las unidades de la ESF al momento de la recolección de datos.

La investigación se realizó por medio de entrevistas con guion semiestructurado, grabada para ser transcrita posteriormente. Se recogieron datos sociodemográficos, como edad, tiempo de egreso y de trabajo. En el recorte de este artículo, analizamos la primera cuestión orientadora: “¿qué entiende usted por integralidad en la atención de la salud?”. Los enfermeros que quisieron participar de

la investigación expresaron su aceptación por medio de la firma del documento de consentimiento libre e informado, conforme la *Declaración de Helsinki*<sup>11</sup> y la Resolución CNS 466/2012<sup>12</sup>.

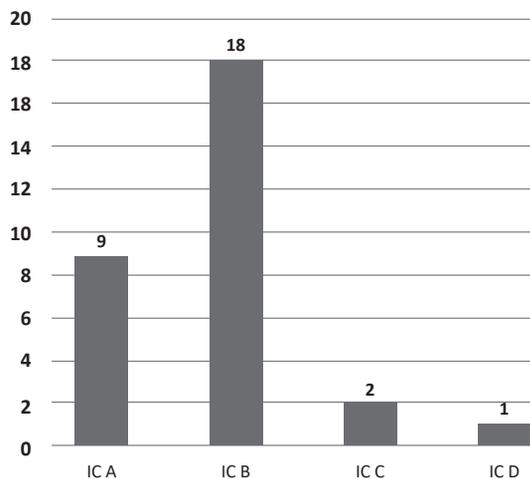
Las entrevistas se realizaron durante dos reuniones promovidas por la administración de la unidad regional de la ESF. Las entrevistas fueron transcritas de manera completa y los discursos fueron codificados con números para cada enfermero participante (E1, E2, E3...), siendo sometidas a la técnica de análisis del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC), a partir de la cual se construyó un panel de las representaciones de los participantes en la forma de discurso singular, rescatando el pensamiento colectivo. Según esta técnica, se extrae la esencia de cada testimonio por medio de fragmentos denominados “ideas centrales” (IC), constituidas por expresiones clave (ECL).

Las representaciones sobre la temática investigada se reúnen en conjuntos de dichos que componen el DSC y pueden colaborar con los interrogantes y discusiones sobre los motivos por los cuales las personas expresaron tales pensamientos, sus consecuencias e implicancias en la práctica<sup>13</sup>. El análisis del contenido discursivo tomó como base la Teoría de la Representación Social<sup>14</sup>. Como presupuesto de la Sociología, se propone que cualquier emoción, creencia, idea, religión, mito o ciencia puede ser incluido como objeto para el análisis a la luz de las representaciones sociales. Así, esta teoría agrega a los resultados estudiados la posibilidad de una mejor comprensión de las cuestiones propuestas<sup>15</sup>.

### Resultados y discusión

El perfil sociodemográfico de los participantes estuvo compuesto por 29 enfermeros, siendo tres hombres y 26 mujeres. La franja etaria de los participantes fue de 24 a 57 años, estando la mayor concentración entre 24 y 30 años. El tiempo de trabajo varió de seis meses a 33 años, y el tiempo desde el egreso osciló predominantemente hasta diez años. Se presentarán a continuación los resultados de las entrevistas, categorizados en forma de DSC, en respuesta a la primera pregunta orientadora “¿qué entiende usted por integralidad?”. Cabe destacar que las respuestas pueden ser representadas en más de una IC, es decir, fueron extraídas del discurso de un mismo participante dos respuestas que fueron incorporadas en más de un DSC. Por consiguiente, hay un agregado en la cantidad de respuestas (n=30), tal como consta en el Gráfico 1:

**Gráfico 1.** Frecuencia absoluta de las ideas centrales, según las expresiones clave, referidas a la pregunta “¿qué entiende usted por integralidad en la atención de la salud?”



IC A: ver al individuo como un todo; IC B: atender al individuo como un todo; IC C: es la actuación del equipo multiprofesional; IC D: es necesaria la estructuración del servicio para la integralidad del cuidado.

#### Idea central A: ver al individuo como un todo (9 ECL)

**DSC** – “Integralidad en la atención de la salud es entender al individuo como un todo, en las diversas dimensiones, no sólo el problema que él está presentando, sino verlo integralmente, también en cuanto a la salud mental, espiritual y física. Es eso lo que yo entiendo. Es que veamos al paciente como un todo. No mirar sólo la enfermedad que él tiene, sino lo que envuelve al individuo”;

“La integralidad es ver al paciente, a la persona, al usuario como un todo, en todos los aspectos de la vida de él, no sólo físico, sino la mente, la forma de lidiar con la vida. Es una visión de la persona como un todo, siendo una composición entre el bienestar mental, el espiritual y el físico”;

“La manera en que se mira difiere de la manera en que se cuida, por cierto, pues el individuo no será meramente una enfermedad o un dígito más en una repartición de un ambiente de salud. Él pasará a ser considerado de forma no fragmentada, sino en la integralidad del ser asistido”.

La integralidad es un valor a ser sostenido como un principio en la práctica cotidiana de los enfermeros, presuponiendo que en el encuentro con el paciente se busca superar la visión biologicista que lo reduce a un fragmento. Este esfuerzo parte de la idea de que el reduccionismo remite al sufrimiento psicosocial, y para

evitarlo es indispensable percibir al paciente como un ser integral. Así, las posibilidades frente a la enfermedad y el sufrimiento se convierten en un proceso resiliente y menos sufrido de lo que se observa actualmente, dado que el foco no estuvo puesto solamente en la enfermedad, sino en el contexto en que ésta tuvo lugar y en el cual el paciente está inserto <sup>7</sup>.

Se presupone que el enfermero ya tiene incorporada a su práctica la capacidad de acogida humanizada, así como la habilidad interactiva y asociativa de comprender el ser humano como un todo, contemplando la integralidad de la asistencia a la salud en el cuidado brindado en su cotidianidad y en todos los procesos de trabajo <sup>16</sup>.

### **Idea central B: atender al individuo como un todo (18 ECL)**

**DSC** – “Es atender al individuo en su totalidad, siendo integral la atención, no sólo viendo como una enfermedad específica, sino proveyendo todos los medios necesarios para la salud de la persona en la comunidad, como bienestar físico, espiritual, moral, todo el abordaje del paciente mismo”;

“Es el cuidado del paciente como un todo, con prevención y promoción de la salud, evaluando todos los aspectos de la persona, todos los ámbitos de ella, incluyendo también lo psicológico, brindando un servicio adecuado a la necesidad del usuario de forma integral. Hacer por él eso que necesita, promoviendo una asistencia completa, en todo lo que el paciente necesita, en todos los aspectos”.

La integralidad en la salud tiene presupuestos innegociables que no deberían ser dejados de lado, teniendo en cuenta que la atención integral es un derecho constitucionalmente garantizado a cada individuo en la totalidad que el cuidado abarca. Teniendo como objetivo la integralidad, todo individuo debe ser visto y atendido como un ser completo y no fragmentado. Este principio representa la centralidad de las prácticas de salud para que las necesidades de la población sean atendidas <sup>5</sup>.

De acuerdo a la representación de los entrevistados, se aboga por la idea de que es necesario asistir al individuo como un todo y no proveerle un cuidado fragmentado. La idea de la integralidad parece sobreponerse al paradigma cartesiano, pues en esta concepción la mente forma parte del cuerpo y viceversa, y si uno es afectado, el otro se resentirá. En este contexto, el cuidado es entendido como el conjunto de comportamientos y acciones que involucran conocimientos, actitudes, habilidades, intuición

y pensamiento crítico en relación al ser cuidado en el sentido de promover, mantener y/o recuperar tanto su salud como su dignidad y totalidad humanas <sup>17</sup>.

### **Idea central C: es la actuación del equipo multiprofesional (2 ECL)**

**DSC** – “Es un trabajo en conjunto, implicando a todo el equipo multiprofesional. El paciente entra en la atención básica solicitando ayuda o necesitando alguna cosa. Entonces, en el servicio de salud, a partir del momento en que éste entra, en la primera escucha ya comienza el proceso de integralidad. Él va a necesitar de un acompañamiento de equipo”.

Los participantes de este estudio tradujeron la responsabilidad del equipo al verbalizar que el cuidado al enfermo va más allá de la formalidad de la atención realizada sólo por la enfermería. Para alcanzar la integralidad no se puede imaginar que el cuidado sea responsabilidad de sólo un profesional o servicio de salud. Se deben tener como principios el trabajo en red, la escucha de las necesidades personales, el vínculo socialmente responsable con la población y la adopción de medidas resolutivas por parte de todos los que componen el equipo de salud <sup>18</sup>.

En el lugar donde el paciente fuera asistido les competirá a todos los profesionales tejer una red continua de asistencia para que el asistido se sienta integralmente cuidado. También se debe citar la responsabilidad del Poder Público, que elabora políticas de gestión y de capacitación o formación profesional, pudiendo contribuir a una mejor asistencia que valore el proceso de cuidar <sup>8</sup>. El trabajo integrado entre los profesionales y otros sectores se torna cada vez más necesario frente a la demanda de la asistencia compleja, en la que las discusiones interdisciplinarias colaborarán con la efectividad del trabajo amplio y tendiente a la integralidad en la asistencia <sup>9</sup>.

### **Idea central D: es necesaria la estructuración del servicio para la integralidad del cuidado (1 ECL)**

**DSC** – “Es tener un servicio estructurado en el que el plan terapéutico, que yo pueda ofrecerle [al paciente], esté dentro de las posibilidades que el servicio me da, de modo tal que yo pueda intervenir en la necesidad en cuestión, de forma general en todos los aspectos – físico, mental y espiritual”.

La estructuración sectorial para que el profesional enfermero y los demás ejecuten la asistencia es relevante y necesaria, de acuerdo al discurso de los

participantes. La posibilidad de una atención integral está anudada a las condiciones mínimas para ejecutar el plan terapéutico, como se menciona. Las secretarías estatales de salud son responsables de la ejecución de las Políticas Nacionales de Promoción de la Salud, que proclaman la necesidad de *apoyar y promover la ejecución de programas, planes, proyectos y acciones relacionados con la promoción de la salud, considerando el perfil epidemiológico y las necesidades de su territorio*<sup>19</sup>. Así, se reitera la importancia de consolidar la integralidad en los servicios de salud, evaluando y supliendo las necesidades del ambiente y del perfil de la población asistida<sup>17</sup>.

Además de la responsabilidad institucional, existe la individual, siendo que la actitud profesional hace la diferencia para tener una asistencia integral. La representación de los participantes nos lleva a cuestionar si las propuestas presentadas en las políticas públicas de salud realmente se materializan en lo cotidiano. El DSC presentado en la IC C considera la escucha calificada y sensible como una iniciativa del propio profesional, dando a entender que este tipo de escucha no es directamente dependiente de la estructura organizacional.

Según el discurso de los participantes, la escucha calificada es una acción que posibilita que el individuo se sienta asistido de modo integral, sugiriendo que debe estar siempre asociada a otras actitudes de los profesionales. En especial, los enfermeros que normalmente reciben al individuo al momento de su llegada, pueden contribuir a que, en la continuidad de la atención, las informaciones recogidas durante esa escucha puedan ser usadas para planificar una atención de la salud que busque la integralidad del ser humano.

### Consideraciones finales

La integralidad es un concepto difundido entre los enfermeros participantes del estudio, dado que reconocen que para que la salud sea plena y completa, el ser humano debe ser asistido integralmente en todas sus particularidades. No obstante, los resultados del estudio inducen a cuestionarse si la práctica está tan manifiesta como su conocimiento.

### Referências

1. Fracolli 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.

Para los participantes, la atención de la salud incluye asistir al individuo en el aspecto físico, mental, psicológico y espiritual. Sin embargo, revelan en sus discursos que la integralidad no debe ser un foco sólo de su trabajo, debiendo extenderse a todo el equipo multiprofesional. Esto permitiría que la asistencia integral comenzara ya en el primer contacto del individuo con los profesionales de salud de la ESF, caracterizando así una atención humanizada, con una escucha calificada y dirigida desde el ingreso.

El plan terapéutico ideal, según los entrevistados, requiere condiciones externas para su concreción, sugiriendo la necesidad de que el Poder Público intervenga para que la asistencia integral sea una realidad frente a las necesidades individuales de los clientes. La integralidad debe ser enfatizada en el ámbito de la gestión y las metas deben ajustarse para que pueda tornarse una práctica cotidiana en la ESF. Con esto se concluye que la percepción de los enfermeros en cuanto a la integralidad del ser humano en la práctica del cuidado de enfermería fue amplia, sugiriéndose, sin embargo, una reevaluación de las acciones dedicadas a la asistencia integral al individuo en el contexto de la ESF. Indica igualmente que la integralidad no debe estar limitada por condiciones externas, sino que debe estar dirigida por conductas basadas en la ética personal e interpersonal de los profesionales en relación a aquel que es objeto del cuidado, aunque las esferas políticas sean teóricamente preponderantes.

Ver y atender al individuo como un todo son percepciones relevantes para los entrevistados, y esto es importante para la atención integral. Se desprende además que las acciones de los enfermeros deben ser más pragmáticas, implicando actitudes que van más allá de la teoría y de los protocolos instituidos en el contexto de la ESF. En esta perspectiva, se percibe que la integralidad en la salud requiere de una actuación sincrónica del equipo multiprofesional, anclada en una visión sistémica y articulada con la macroestructura que, por su parte, debe estar organizada en RAS. El desafío de solidificar el trabajo estructurado en redes tiende a corroborar una práctica asistencial que aún está por debajo del cuidado del individuo 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.

#### Participación de los autores

Fabiana da Penha Colimoide participou de la planificación del estudio, del análisis y la interpretación de los datos, de la elaboración y del formato del manuscrito. Maria Dyrce Dias Meira y Gina Andrade Abdala contribuyeron con la planificación, el análisis y la interpretación de los datos y de la revisión crítica. Sarah Lidiane Santos da Silva Oliveira colaboró con el formato y la revisión crítica del manuscrito. Todas las autoras cooperaron con la aprobación de la redacción final.

