

# Sentidos atribuídos à integralidade:

entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar

Marcos Valério Santos da Silva<sup>(a)</sup>

Gilza Brena Nonato Miranda<sup>(b)</sup>

Marcieni Ataíde de Andrade<sup>(c)</sup>

Silva MVS, Miranda GBN, Andrade MA. Diverse meanings of comprehensiveness: between the presupposed and the experienced in a multi-disciplinary team. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(62):589-99.

The aim of this paper is to discuss the practitioners' view about comprehensiveness in health. This study is part of a Masters' degree qualitative dissertation, held in Belém, Pará, in the period from June to August 2015. Most participants attributed the meaning of comprehensiveness in health as "a holistic view of the being," and were able to see the relationship between comprehensiveness and multidisciplinary approach. There is the need to deepen the knowledge of the principles of Brazilian National Health System (SUS) even during training, to accomplish more effective health actions.

**Keywords:** Comprehensive health. Primary health care. Family health strategy.

O objetivo deste artigo é discutir como os profissionais elaboram suas concepções acerca dos termos "integralidade" e "abordagem multidisciplinar" que estão presentes em seu dia a dia. Trata-se do recorte de uma dissertação de mestrado de natureza qualitativa, realizada no município de Belém-Pará, no período de junho a agosto de 2015. A maioria dos participantes atribuiu, à integralidade, o significado de "ver o ser como um todo", e conseguiram visualizar a relação desta com a abordagem multidisciplinar. Observamos a necessidade de aprofundarmos o conhecimento sobre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e ainda durante a formação, para realizarmos ações de saúde mais efetivas.

**Palavras-chave:** Integralidade em saúde. Atenção primária à saúde. Estratégia saúde da família.

<sup>(a,c)</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiente e Sociedade da Amazônia, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará. Belém, PA, Brasil. marcosilva@ufpa.br; marcieni@ufpa.br

<sup>(b)</sup> Fisioterapeuta. Belém, PA, Brasil. gilzabrena@hotmail.com

## Introdução

O que é integralidade? Poderíamos dizer, numa primeira aproximação, que é uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela constituição de 1988. De fato, o texto constitucional não utiliza a expressão integralidade; ele fala em “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”<sup>1</sup>.

Neste contexto, a Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, conhecida como lei orgânica da saúde, define o termo como “integralidade de assistência, 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”<sup>2</sup>.

Mas o termo integralidade tem sido utilizado correntemente para designar exatamente essa diretriz. Diríamos que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma ‘bandeira de luta’, parte de uma ‘imagem objetivo’, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas, que são consideradas, por alguns, desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária. Integralidade, no contexto da luta do movimento sanitário, parece ser assim: uma noção amálgama, prenhe de sentidos<sup>3</sup>.

Além disso, a integralidade da saúde pode assumir diferentes sentidos: primeiro, quando está relacionado à busca do profissional e do serviço em compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um usuário apresenta; segundo, relacionado à organização dos serviços e práticas de saúde, voltado à articulação entre assistência e práticas de saúde pública, tendo, na disciplina de epidemiologia, o apoio para apreender necessidades de saúde da população; e terceiro, relativo à definição de políticas, representando respostas governamentais a problemas de saúde específicos<sup>4</sup>.

De acordo com Fracolli et al.<sup>5</sup>, a palavra integralidade encontra-se no discurso propagado por organismos internacionais, ligado às ideias de Atenção Primária à Saúde (APS) e de promoção de saúde. Mais recentemente, esta palavra tem sido encontrada nas propostas de programas do Ministério da Saúde em nosso país e nas críticas e proposições sobre a assistência à saúde por parte de alguns acadêmicos brasileiros. Essa ampla utilização da palavra integralidade talvez explique ainda, mesmo que parcialmente, a clara escassez bibliográfica sobre o tema. A integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, especialmente na questão da abordagem multidisciplinar, que se caracterizaria pela busca, também contínua, de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre os diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde.

Nessa perspectiva, Pinheiro e Luz<sup>6</sup> afirmam que as instituições de saúde assumem papel estratégico na absorção dos conhecimentos, de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, esta entendida aqui como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde; na medida em que reúnem, no mesmo espaço, diferentes perspectivas e interesses de distintos atores sociais, caracterizando, assim, a abordagem multidisciplinar. Consideramos, portanto, as instituições de saúde um locus privilegiado de observação e de análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, seja quanto às práticas terapêuticas prestadas aos indivíduos, seja nas práticas de saúde difundidas na coletividade, concretizando a proposta da multidisciplinaridade.

Diante disso, observamos que a estruturação do trabalho em saúde em equipes multidisciplinares no Brasil remonta à década de 1970, quando o serviço já era organizado com a presença de profissionais com diferentes formações e níveis de escolaridade. No entanto, após a criação do SUS e, sobretudo, após a ampla difusão da Estratégia Saúde da Família (ESF) ocorrida na última década, a equipe multidisciplinar deixou de ser um mero aspecto do organograma do setor e passou a ser um ponto estruturante do trabalho em equipe multiprofissional<sup>7</sup>.

A importância da abordagem multidisciplinar na ESF é ressaltada, sobretudo, pelo aspecto de integralidade nos cuidados de saúde. Considerada um dos princípios doutrinários do SUS, a integralidade

reveste-se, no decorrer dos anos 1990, e, especialmente, nesse início de século, de uma importância estratégica ímpar para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil. Para alguns autores, deve ser pensada como uma imagem-objeto, portanto, polissêmica, com variados sentidos<sup>8</sup>.

Diante disso, observa-se a necessidade de se discutir como os profissionais elaboram suas concepções acerca dos termos 'integralidade' e 'abordagem multidisciplinar' que estão presentes em seu dia a dia, uma vez que, a partir desses conceitos, eles devem fundamentar suas práticas em saúde.

## Método

Trata-se do recorte de uma dissertação de mestrado, de natureza qualitativa, realizada no período de junho a agosto de 2015, em uma equipe de ESF e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de um dos distritos administrativos do município de Belém-Pará.

O distrito pesquisado está entre os mais populosos da cidade, e uma parte significativa da população dessa área é de baixa renda. Historicamente, marcado por uma ocupação rápida e desordenada, possui altos índices de pobreza, mas também abriga importantes órgãos e serviços. Este distrito constitui importante desafio para as equipes que nele atuam.

A equipe de ESF estudada, pertencente ao distrito em questão, é composta por duas equipes (equipe 1 e equipe 2), ambas constituídas pelos profissionais: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), que atuam de segunda à sexta-feira e desenvolvem ações direcionadas à população adscrita, prestando atendimento em todo o ciclo de vida. A equipe de NASF foi instituída em abril de 2014, sendo composta por: terapeuta ocupacional, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo, educador físico e fonoaudiólogo, e dá suporte a seis estratégias do referido distrito do município de Belém; desenvolvendo ações como: grupos de terapias multidisciplinares e de atividades físicas, atendimentos individuais ou compartilhados ou visitas domiciliares, além de reuniões de matriciamento e/ou de equipe do NASF.

A pesquisa apresentou uma fase inicial caracterizada pela observação participante, a fim de familiarizar a pesquisadora à realidade a ser estudada. Segundo Whyte<sup>9</sup>, a observação participante supõe a interação pesquisador/pesquisado. As informações que obtém, as respostas que são dadas às suas indagações, dependerão do seu comportamento e das relações que desenvolve com o grupo estudado. Ela implica ainda saber ouvir, escutar, ver, fazer uso de todos os sentidos. É preciso aprender quando perguntar e quando não perguntar, assim como que perguntas fazer na hora certa, cujos dados devem ser registrados em documentos ou diário de campo.

O processo de observação aconteceu durante toda fase do estudo, no entanto, se deu de forma mais aguçada no início da pesquisa, quando a pesquisadora precisou estar mais atenta aos detalhes da rotina para se adaptar ao ambiente e aos participantes do estudo. Os registros foram feitos em um diário de campo contendo: as principais impressões, observações, reflexões, e demais aspectos gerais da pesquisa, que permitiram conhecer mais a realidade vivenciada pelos serviços de saúde e os diferentes atores que o compõem, fundamentais para o prosseguimento das demais etapas do estudo.

Após essa etapa, ocorreu a aplicação das entrevistas de fato. Foram entrevistados todos os sujeitos integrantes da equipe de ESF e NASF selecionadas para o estudo, que estavam presentes no período da coleta e aceitaram participar voluntariamente da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), compondo um total de 16 participantes, caracterizados de acordo com uma numeração, identificados como 'trabalhador 1', 'trabalhador 2', e assim por diante, para resguardar o sigilo da fonte. Inicialmente, fazia-se uma abordagem breve para apresentar a pesquisa de um modo geral, em seguida, o participante realizava a leitura do TCLE, esclarecia suas dúvidas e consentia ou não em participar assinando o termo. Posteriormente, era preenchido o roteiro sobre o perfil acadêmico e profissional dos sujeitos, e, por fim, era realizada, de fato a entrevista estrutural semidirigida, conforme o roteiro previamente elaborado, testado e adaptado; com posterior leitura do instrumento pela pesquisadora e gravação das respostas em um aparelho gravador de voz, para transcrição e análise do material. Todas as falas foram gravadas e transcritas, e, posteriormente, lidas e categorizadas.

A análise de dados foi feita com base na lógica proposta por Bardin<sup>10</sup> de análise de conteúdo, que segue três fases: pré-análise, que é a fase da organização propriamente dita; exploração do material, caracterizada pela aplicação sistemática das decisões tomadas; e tratamento dos resultados, no qual os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos.

Este estudo foi realizado segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitadas as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (Res. CNS 466/12), após o aceite da Instituição envolvida na pesquisa e após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Pará.

## Resultados e discussão

### A visão integral do ser humano

Quando interrogados a respeito do que representa o termo 'integralidade' no contexto do SUS, a maioria dos entrevistados relacionou este princípio à visão integral do ser humano, como ilustra a fala do Trabalhador 1: "Atendimento universal, atendendo a pessoa na sua integridade física, mental e social".

Mas também foi mencionada a questão da integralidade na perspectiva da articulação dos serviços, conforme observamos na fala do trabalhador a seguir: "Integralidade... a integralidade do SUS é a unificação, é a parceria das ESF's com as Unidades Básicas de Saúde (UBS's) até chegar no nível máximo que são os hospitais, isso que acho que é agrupação que é integralidade" (Trabalhador 4).

Ambas as opiniões dos profissionais acima citadas demonstram haver um conhecimento a respeito do tema abordado, ainda que de forma reducionista, tendo em vista ser a integralidade um princípio ético-normativo bastante complexo dentro da abordagem teórica e da literatura, que permite diferentes interpretações dependendo do contexto ao qual é aplicada, sendo também amplamente aplicada na própria legislação do SUS e nas práticas dos serviços de saúde.

De acordo com Mattos<sup>3</sup>, alguns sentidos podem ser atribuídos ao termo integralidade. O primeiro deles estaria relacionado à integralidade como um traço da boa medicina, ou seja, não deixar de lado todo o causal de conhecimento sobre as doenças que tem permitido tanto à medicina como à saúde pública alguns significativos sucessos, mas, sim, fazer uso desse conhecimento de forma prudente, sobretudo guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos que tratamos.

A abertura dos profissionais para outros aspectos que não aqueles diretamente ligados à doença – como a simples necessidade da conversa – também ilustra a integralidade. Podemos, facilmente, reconhecer que as expectativas dos que buscam serviços de saúde não se reduzem à perspectiva de abolir o sofrimento gerado por uma doença ou de evitar tal sofrimento. Buscar compreender o conjunto de dimensões que compõe um ser humano e social seria, assim, a marca maior desse sentido da integralidade. Tal sentido, apresentado por Mattos<sup>3</sup>, corrobora bem a opinião emitida pelo trabalhador 1, na medida em que preconiza justamente essa visão integral do usuário inserido no seu contexto social, com suas vontades, dores e sofrimentos, e tudo aquilo que contempla o complexo campo da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos e populações.

### Organização das práticas em saúde

De acordo com Mattos<sup>3</sup>, outra interpretação do termo estaria relacionada à integralidade como modo de organizar as práticas, em que não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder a tais doenças. Os serviços devem estar organizados para realizar uma compreensão ampliada das necessidades da população que atendem. Esta ideia ratifica bem a fala do Trabalhador 4 supracitada, tomando por base o sentido de integralidade como uma forma de articulação dos serviços da rede para garantir acesso e resolutividade frente às questões de saúde dos cidadãos-usuários.

Entenda-se, aqui, o conceito de acesso na perspectiva da acessibilidade trazida por Donabedian, que, segundo Travassos e Martins<sup>11</sup>, o definem como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Por outro lado, para Turrini et al.<sup>12</sup>, a resolutividade envolve aspectos relativos: à demanda, à satisfação do cliente, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos da clientela, entre outros.

### A configuração de políticas especiais

Outro conjunto de sentidos do princípio de integralidade é relativo às configurações de certas políticas específicas, chamadas de políticas especiais. São políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional. Poderíamos falar que esse terceiro conjunto de sentidos da integralidade trata de atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos<sup>3</sup>.

Essa última ideia apresentada por Mattos<sup>3</sup> é mais raramente relacionada ao conceito de integralidade por parte dos profissionais. No entanto, o Trabalhador 12 expressou bem esse pensamento como mostra sua fala:

“Bom a integralidade pelo que eu entendo ela tem alguns níveis assim; então o primeiro que eu entendo é que quando a gente recebe uma demanda, a gente tem que entender todo todo... tudo que compõe o ser humano, é... seu contexto, seu ambiente, e também as questões relacionadas ao próprio período de desenvolvimento, tudo que envolve compõe mente, corpo, e daí entendo que por isso só uma profissão não tem como abranger toda essa necessidade de toda essa dimensão, então nesse primeiro nível eu entendo a integralidade enquanto entender esse sujeito de forma biopsicossocial; e no nível de assistência eu entendo que a integralidade, o próprio SUS, o próprio sistema ele é organizado por várias linhas de cuidado, por vários programas, que incluem todo o ciclo de vida das pessoas, então eu entendo que se uma pessoa assistida pelo sistema público de saúde, ele deve ser acompanhado em todos esses níveis, desde quando ele nascer até o envelhecimento, então eu entendo também integralidade no sentido de... dessa continuidade que o usuário ele pode se inserir no nível de atenção no SUS, só que dependendo da necessidade ele vai pra outros níveis de atenção, só que é necessário um diálogo entre esses níveis pra que ocorra essa integralidade de fato”.

Vale ressaltar que o trabalhador 12, cuja opinião foi acima mencionada, demonstrou uma compreensão mais completa acerca do tema da integralidade. Este profissional, por sua vez, em seu perfil profissional e acadêmico, apresentou como diferencial uma expressiva vivência na área de ESF, demonstrando a importância da formação voltada para APS em contraponto ao currículo ainda voltado para as especialidades.

Nesta perspectiva, Nogueira<sup>13</sup> afirma que o desafio de tornar as práticas de saúde mais eficazes requer um posicionamento crítico frente aos obstáculos inerentes à própria racionalidade biomédica que limitam a prática clínica. Tanto o reducionismo organicista quanto a fragmentação do conhecimento em especialidades terminaram por configurar uma medicina ocidental altamente tecnológica, muitas vezes incapaz de abordar com sucesso a complexidade do adoecimento. Para a formação de profissionais de saúde capazes de atuar de forma mais integral e humanizada, torna-se imprescindível problematizar algumas concepções, em especial, as de saúde e doença. Importante também conhecer o processo de construção dos modelos terapêuticos utilizados, para que se possa historicizá-los e, conseqüentemente, desnaturalizá-los.



Neste contexto, Ceccim<sup>14</sup> ressalta algumas iniciativas, como: o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e, ainda, o AprenderSUS, enquanto mecanismos para estabelecer relações de cooperação do SUS com os diferentes atores da educação, tendo como principal objetivo fortalecer sua capacidade de ação e proposição em relação aos movimentos de mudança na formação; enfatizando uma formação mais voltada para as demandas sociais do SUS.

### A articulação entre os diferentes saberes

Em relação ao tema da multidisciplinaridade, a maioria dos entrevistados demonstrou ter conhecimento dos aspectos que perpassam esta premissa, reconhecendo a importância da articulação dos diferentes saberes que compõem a rotina da equipe multidisciplinar no intuito de estabelecer o melhor atendimento ao cliente-usuário.

“O trabalho multidisciplinar envolve vários... envolve vários profissionais de diferentes áreas na esfera do SUS, são dois tipos: um que é a ESF que é a família saudável, que envolve mais o enfermeiro, o médico e os ACS's; e em apoio o NASF, no caso, essa integralidade se volta com seis profissionais diferente desse; integralidade no sentido de cada um na sua área contribuindo de maneira diferente mas complementar”. (Trabalhador 1)

De acordo com Gomes et al.<sup>7</sup>, a estruturação do trabalho em saúde em equipes multidisciplinares no Brasil remonta à década de 1970, quando o serviço já era organizado com a presença de profissionais com diferentes formações e níveis de escolaridade. No entanto, após a criação do SUS e, sobretudo, após a ampla difusão da ESF ocorrida na última década, a equipe multidisciplinar deixou de ser um mero aspecto do organograma do setor e passou a ser um ponto estruturante do trabalho em equipe.

Para Viegas<sup>15</sup>, em sua pesquisa de doutorado na qual ela acompanhou e entrevistou diferentes equipes de ESF em Minas Gerais acerca do tema da integralidade, ficou constatado que o trabalho em equipe representa um dos principais pilares para uma assistência integral e equânime na saúde. Assim, uma abordagem integral dos indivíduos/famílias pode ser facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes de saúde da família e favorecer uma ação multidisciplinar. Verificou ainda que atender as necessidades dos usuários pressupõe empenho da equipe de ESF na resolução dos problemas de saúde de suas famílias. Sem o trabalho em equipe, não será possível implementar o modelo de atenção que acolhe, que escuta as pessoas, ou seja, voltado a resolver os problemas de saúde das pessoas e da comunidade.

Segundo um estudo de Pereira<sup>16</sup> sobre o trabalho multidisciplinar em uma ESF do Rio de Janeiro, verificou-se que a formação de equipes de saúde é compreendida como forma de atingir o cuidado integral, tanto no sentido de dar conta dos aspectos curativos, preventivos e de reabilitação, quanto em relação à noção de ultrapassar a intervenção biomédica, focada na realização de procedimentos; e, dessa maneira, conseguir visualizar o sujeito em seu contexto. Sendo assim, qualquer que seja a motivação principal, cada vez mais, se constata a limitação da abordagem uniprofissional sobre o processo saúde-doença.

Observou-se, no referido estudo acima citado, que existe o reconhecimento da interdependência e complementaridade das ações de outros profissionais para melhorar a qualidade da assistência, como: no controle e tratamento da hipertensão e diabetes mellitus; ou, então, no manejo da dor crônica, assim como no tratamento e reabilitação psicossocial, bem como na atenção aos transtornos alimentares, entre outras condições de adoecimento. Dessa forma, é necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um processo assistencial comum, e que os agentes desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade. Para tanto, é imprescindível o desenvolvimento de uma prática comunicativa orientada para o entendimento mútuo, e, assim, vislumbrar obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença<sup>16</sup>.

No estudo de Bonaldi et al.<sup>17</sup> sobre o trabalho em equipe como dispositivo de integralidade em quatro localidades brasileiras, constatou-se que a orquestração do trabalho em equipe multidisciplinar

é resultante: dessa composição de forças, saberes e práticas, da harmonização das atuações profissionais, da afirmação das diferenças e do reconhecimento do saber do outro para a realização do trabalho. A orquestração do trabalho em saúde se baseia numa espécie de 'humildade epistemológica', no reconhecimento de que os diferentes saberes profissionais possuem zonas de incultura, e que a presença de trabalhadores com diferentes formações e funções permite reduzi-las.

O sentimento de que os diferentes trabalhadores são fundamentais para a realização do serviço reforça a noção de pertencimento à equipe de saúde, produzindo outra forma de comprometimento que rompe as fronteiras de seu saber específico ou de um campo de atuação definido. O trabalhador entende que o cuidado não se restringe a sua ação e que ele é um dos responsáveis pelo serviço, tal qual o músico numa orquestra que, mesmo com o instrumento de sonoridade mais discreta, ou aquele cuja participação se limita a alguns movimentos, se sente como parte fundamental para execução e obra executada<sup>17</sup>.

Esta constatação de Bonaldi et al.<sup>17</sup> reflete bem a concepção do conceito de multidisciplinaridade, enquanto articulação de diferentes saberes e práticas envolvidos numa complexa lógica, que envolve não somente e meramente a justaposição de profissões, mas, também, preconiza diálogos, tensões, conflitos, embates, consensos e tudo aquilo que permeia o universo do trabalho em equipe na sua essência; convidando os membros dessa equipe a participarem de forma ativa e contínua na construção dos caminhos e superação de desafios que contemplem a melhor assistência ao usuário agregada à satisfação dos trabalhadores nesse processo.

### **A inter-relação entre integralidade e trabalho multiprofissional**

Quando interrogados a respeito da associação entre os termos 'integralidade' e 'abordagem multidisciplinar', a maioria dos trabalhadores concorda que ambos se relacionam na perspectiva de articular os diferentes saberes e práticas dos profissionais que compõem a equipe, para garantir um atendimento mais integral aos indivíduos, conforme ilustram as falas a seguir:

"Tem que ter (a relação), por exemplo, no nosso trabalho aqui porque um se vincula ao outro, o ACS ao técnico, o técnico ao enfermeiro, o enfermeiro ao médico, e assim forma uma roda, um se... fazendo a rede, compondo a integralidade". (Trabalhador 3)

"Acredito que muita relação, porque assim pra você poder dar aquela atenção integral ao paciente mesmo, não é um único profissional que vai poder abarcar toda essa... esse cuidado que o paciente precisa, é necessário para que tenha uma saúde integral, é necessário que haja uma correlação entre as diversas áreas; da medicina, não só a medicina... da saúde, não só da saúde como de humanas também para que possa ali "tá" proporcionando essa atenção, então está intimamente relacionada assim multidisciplinaridade com integralidade, acredito eu". (Trabalhador 14)

Todavia, alguns entrevistados visualizam essa relação sob um aspecto apenas, restringindo os significados de ambos os termos.

"Tem, total (relação). Essa integralidade vê a pessoa como um sujeito inteiro. Essa integralidade vem dizer que a pessoa não é só fisicamente adoecida, mas socialmente, emocionalmente, e essa integralidade faz com que seja um trabalho completo; e essa complementação ela tende a ser uma forma mais satisfatória de ver a pessoa como um ser humano". (Trabalhador 1)

Um dos participantes demonstrou certa confusão ao tentar fazer associação entre integralidade e abordagem multidisciplinar.

"Eu acredito que (sinalizou negativamente com a cabeça)... porque a integralidade eu vejo assim como o sistema em si, o sistema todo integrado, pra resolver o problema daquele

paciente, e a equipe multidisciplinar, eu acho que ela tem muito a ver também porque ela ajuda nesse sentido, não sei se é mais ou menos isso". (Trabalhador 7)

Neste sentido, vale reiterar a discussão sobre a complexidade do termo integralidade no contexto das políticas e programas do SUS, que nos remete a uma diversidade de interpretações fundamentalmente necessárias de serem compreendidas, a fim de garantir o bom funcionamento do sistema, bem como para pôr em prática aquilo que preconizam os princípios e diretrizes do próprio SUS.

Diante disso, Teixeira<sup>18</sup> afirma que a problemática da integralidade tem como fundamento as distintas concepções acerca dos determinantes do processo saúde-doença, bem como da reorganização das práticas, dos serviços e do próprio sistema de saúde. Ela aponta diferentes interpretações acerca do termo: 1) ora privilegiam a dimensão micropolítica das relações entre profissionais de saúde, trabalhadores e usuários, ora privilegiam a dimensão organizacional do processo de trabalho, 2) trata sobre organização de 'rede de serviços', como forma de integração dos diversos 'níveis de assistência' a pessoas, 3) diz respeito à proposta de integração de práticas que extrapolam a dimensão individual do cuidado e abarcam a articulação entre promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e atenção à saúde individual e coletiva, como é o caso da vigilância da saúde.

A partir disso, podemos ter uma breve noção da complexidade do termo 'integralidade' nos diferentes contextos ao qual está inserida. De fato, uma única palavra ressignificada de diferentes formas pode gerar confusão de interpretações ou, mesmo, correr o risco de se tornar uma expressão subjetivamente vaga, ou, quem sabe, ainda pior, se direcionar a outros sentidos, desvirtuando-se do propósito inicial para o qual foi concebida.

Mas a discussão trata, particularmente, do termo integralidade no sentido da micropolítica de trabalho no SUS, conforme Teixeira<sup>18</sup>. Neste aspecto, direciona-se o sentido do 'ser integral' para a abordagem multidisciplinar, do fazer coletivo no universo da multidisciplinaridade, por meio da articulação de saberes e práticas na tentativa de garantir, ao máximo, ao usuário, o seu direito à saúde, por meio da interação dos diferentes profissionais, cuja contribuição de cada um constitui a soma dos múltiplos olhares do ser humano, resultando no tratamento de fato do ser como um todo, visto a partir dos diversos campos de conhecimento.

No entanto, Campos<sup>19</sup> discute que, ainda que a equipe multidisciplinar seja recomendada como solução milagrosa para superar os problemas da fragmentação e da desresponsabilização decorrente da especialização excessiva dos profissionais, a simples implementação não garante que se alcance esse objetivo. Dois modelos de trabalho em equipe devem ser superados: um que se fundamenta no simples agrupamento de especialidades, a partir de uma articulação burocrática do trabalho, baseado em protocolos e programas normativos que tendem a fazer com que cada trabalhador se sinta responsável por fazer o que se restringe a sua área técnica; e outro, que se baliza numa falsa horizontalização em que "todos fariam tudo e ninguém seria pessoalmente responsável por nada em particular, já que a responsabilidade pelo projeto terapêutico seria sempre coletiva" (p. 248).

Vale destacar aqui a fundamentação da pesquisa a partir do conceito apresentado por Pinheiro, Barros e Mattos<sup>20</sup> em seu projeto intitulado "Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde", no qual se analisaram os saberes e práticas gerados nos processos de trabalho em saúde, considerando a dimensão ética e sua interface com a noção de integralidade; propondo um entendimento do princípio da integralidade como valor coemergente às práticas cotidianas, as quais podem ou não apontar para integralidade, dependendo dos valores que circulam no cotidiano dos serviços e dos quais são abraçados, ou, ainda melhor, corporificados pelos profissionais; evidenciando a multidisciplinaridade como premissa fundamental da integralidade e de relevante importância.

Em outras palavras, não basta apenas conceber a abordagem multidisciplinar a partir da simples composição de um variado leque de profissionais, cada qual agindo na sua área contribuindo para uma abordagem integral do usuário. Ou mesmo, resumir-se a um agrupamento de trabalhadores que ultrapassa os limites de atuação de cada um, em que todos seriam responsáveis por tudo. A questão é bem mais complexa e exige esforço diário e constante, quando se quer cumprir o que, de fato, propõe a prerrogativa da multidisciplinaridade.



Diante disso, Peduzzi<sup>21</sup> afirma que, para a equipe de saúde alcançar algum grau de integração, é preciso que seus componentes, cada um deles e todos de forma compartilhada, façam um investimento no sentido da articulação das ações. As ações de saúde não se articulam por si só, automaticamente, por estarem sendo executadas em uma situação comum de trabalho, na qual diferentes trabalhadores compartilham o mesmo espaço físico e a mesma clientela. A articulação requer que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas – aquelas referidas ao seu próprio processo de trabalho e as ações executadas pelos demais integrantes da equipe.

Em resumo, os enfrentamentos relativos às diferentes situações vivenciadas por cada equipe, com suas peculiaridades, requerem diálogo e um nível de abertura ao que lhe é diferente, na esperança de encontrar o melhor caminho, que consiga agregar os diversos conhecimentos disponíveis nessa atmosfera de trabalho, respeitando as individualidades e fazendo uso das diferenças como algo favorável no processo que envolve a busca da resolutividade dos conflitos da população pela qual são responsáveis.

Neste sentido, recai ênfase na proposta trazida pela política nacional de educação permanente em saúde, enquanto ferramenta facilitadora de mudança desse processo, na medida em que busca aproximar a educação da vida cotidiana, como fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho. Em outros termos, mostrando que, no trabalho, também se aprende. A situação prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando, reflexivamente, os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. Esta perspectiva, centrada no processo de trabalho, não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe, incluindo: médicos, enfermeiros, pessoal administrativo, professores, trabalhadores sociais e todas as variantes de atores que formam o grupo. Reforçando, portanto, a importância e os valores da diversidade de saberes no trabalho, na concepção dos diferentes atores envolvidos no processo <sup>22</sup>.

## Considerações finais

Torna-se evidente a complexidade da discussão em torno do que, finalmente, representa o termo 'integralidade', em sua variedade de interpretações, ela nos permite refletir desde as práticas no cuidado, sobretudo ligada à abordagem multidisciplinar, até a articulação do sistema, bem como planejamento e execução de políticas de saúde. Por este motivo, deve ser amplamente debatida para que os profissionais percebam constantemente sua importância ao ser aplicada no dia a dia dos serviços ou sintam a diferença quando este princípio está ausente de tais contextos.

Frequentemente, sob um ponto de vista reducionista, seguimos a tendência de visualizar integralidade como 'atendimento integral à pessoa como um todo', tal como foi bastante citado pelos sujeitos desta pesquisa, no entanto, precisamos considerar a diversidade do termo; de modo particular, ao tratarmos das práticas das equipes de saúde, cujas ações devem ser pautadas pelo princípio da integralidade na abordagem multidisciplinar, como sugerem os autores, fundamentando-se na articulação e diálogo de diferentes áreas do conhecimento para que se chegue a um objetivo comum: ofertar saúde de qualidade, de modo efetivo, com resolutividade e garantia de direitos aos cidadãos, conforme preconiza a própria legislação brasileira.

Ainda que estes ideais residam no plano dos desafios a serem superados para efetivação de um SUS melhor para todos, torna-se evidente a necessidade de continuar a caminhar neste direcionamento, conscientes dos princípios que alicerçam esse sistema e regendo nossas ações, enquanto profissionais e equipes de saúde, com base em tais princípios; por meio de constantes capacitações, atualizações e aprimoramentos de um modo geral, com destaque para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que desponta como importante instrumento de reflexão das práticas em situações cotidianas dos serviços de saúde; além de várias outras ferramentas de mudança da mentalidade das coletividades, despertando-as para a abordagem multidisciplinar, que pode se iniciar ainda durante o processo de formação, pelas instituições de ensino.

### Colaboradores

Gilza Brena Nonato Miranda: participou na concepção, discussão dos resultados, revisão e aprovação da versão final do trabalho. Marcos Valério Santos da Silva: participou na discussão dos resultados, revisão e aprovação da versão final do trabalho. Marciene Ataíde de Andrade: participou da revisão e aprovação da versão final do trabalho.

### Referências

1. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Lei nº 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. Diário Oficial da União. 19 Set 1990.
3. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2009. p. 43-67.
4. Pinho LB, Kantorski LP, Saeki T, Duarte MLC, Sousa J. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. Rev Eletrôn Enferm. 2007; 9(3):835-46.
5. Fraccolli LA, Zoboli ELP, Granja GF, Ermel RC. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(5):1135-41.
6. Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2003. p. 7-34.
7. Gomes RS, Herbert F, Pinheiro R, Barros MEB. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2007. p. 19-36.
8. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Cienc Saude Colet. 2007; 12(2):455-64.
9. Whyte WF. Sociedade de esquina: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada. Tradução de Oliveira ML. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2005.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saude Publica. 2008; 20(2):5190-8.
12. Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. Cad Saude Publica. 2008; 24(3):663-74.
13. Nogueira MI. Racionalidades médicas e formação em saúde: um caminho para a integralidade. In: Pinheiro R, Silva Junior AG. Por uma sociedade cuidadora. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2010. p. 101-114.
14. Ceccim RB. Educação dos profissionais de saúde e compromissos públicos com a integralidade: as disposições do AprenderSUS. In: Pinheiro R, Silva Junior AG. Por uma sociedade cuidadora. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2010. p. 131-154.
15. Viegas SMF. A integralidade no cotidiano da estratégia saúde da família em municípios do Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais. Belo Horizonte - MG [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2010.

16. Pereira RCA. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2011.
17. Bonaldi C, Gomes RS, Louzada APF, Pinheiro R. O trabalho da equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: Pinheiro R, Mattos, RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2007. p. 53-72.
18. Teixeira C. Os princípios do sistema único de saúde. In: Conferências Municipal e Estadual de Saúde; 2011; Salvador-BA. Salvador; 2011.
19. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 229-66
20. Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. Trabalho em equipe: a estratégia teórica e metodológica da pesquisa sobre integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, Barros MEB. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2007. p. 208.
21. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Mattos, RA, Barros MEB. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2007. p. 161-77.
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: SGTES; 2009.

Silva MVS, Miranda GBN, Andrade MA. Sentidos atribuidos a la integralidad: entre lo que se preconiza y lo que se vive en el equipo multi-disciplinario. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(62):589-99.

El objetivo de este artículo es discutir sobre cómo los profesionales elaboran sus concepciones sobre los términos “integralidad” y abordaje multi-disciplinario” presentes en su cotidiano. Se trata del recorte de una disertación de maestría de naturaleza cualitativa, realizada en el municipio de Belém, estado de Pará, en el período de junio a agosto de 2015. La mayoría de los participantes atribuyó a la integralidad el significado de “ver al ser como un todo” y consiguieron observar su relación con el abordaje multi-disciplinario. Observamos la necesidad de profundizar el conocimiento sobre los principios del Sistema Brasileño de Salud (SUS) y también durante la formación para que realicemos acciones de salud más efectivas.

*Palabras clave:* Integralidad en salud. Atención primaria a la salud. Estrategia salud de la familia.

Submetido em 09/05/16. Aprovado em 16/09/16.

