

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO E NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Souza RK*¹

Conterno SFR²

Silva GF³

Rodrigues RM⁴

Instituição: Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste, Rua Universitária, 2069, Jd. Universitário, CEP 85819-110, e-mail: biosaude.unioeste@gmail.com, fone: (45) 3220-7304, Cascavel-PR.

RESUMO

Dentre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a integralidade tem potencializado debates e questionamentos acerca de sua definição, exigindo constantes revisões de literatura para o melhor entendimento de sua definição e abrangência. Este estudo aborda o Sistema Único de Saúde e o princípio da integralidade, faz parte das pesquisas do Grupo de Estudos e Pesquisas em Práticas Educativas e Formação em Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Trata-se de estudo reflexivo acerca da integralidade, conceito estruturante da formação profissional em saúde objetivando identificar em textos científicos o entendimento sobre o conceito de integralidade. Os resultados deste estudo apontam que a integralidade é um termo complexo, com diferentes interpretações e definições dentre as quais se destaca a integralidade como consideração do sujeito cuidado como um todo, compatível com o movimento da medicina integral. Reflete-se que, embora esta defesa seja importante, a integralidade precisa ser remetida ao seu entendimento expresso na legislação regulamentadora do Sistema Único de Saúde. No contexto das mudanças necessárias para implementação da integralidade no Sistema de Saúde, a integralidade deve nortear a formação dos futuros profissionais através do ensino-serviço, desenvolvidos de forma efetiva nos espaços de aprendizagem.

¹ Psicólogo, discente do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde – Nível Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Unioeste. raphaelklein02@yahoo.com.br

² Doutora em Educação. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste. Coorientadora do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde – Nível Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Unioeste.

³ Enfermeiro, discente do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde – Nível Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Unioeste.

⁴ Doutora em Educação. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste. Prof^a. Orientadora do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde – Nível Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Unioeste.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Integralidade. Assistência à saúde.

Área de concentração: Saúde e Biológicas.

Opção de apresentação: Apresentação Oral.

INTRODUÇÃO

A oferta de serviços de saúde, no Brasil alterou-se nas décadas de 1980 e 1990, com a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, um sistema definido como democrático, universal, igualitário e integral.

Dentre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a integralidade pode ser considerada o menos visível no desenvolvimento do sistema e suas práticas. Na literatura, percebe-se em vários estudos a definição de integralidade como sinônimo de garantia de acesso a todos os níveis do sistema de serviços de saúde (MATTOS, 2004).

No entanto, a integralidade não está limitada a este entendimento, os próprios documentos norteadores das políticas públicas apresentam a integralidade como um conceito abordado de diferentes pontos de vista e concepções. A Constituição Federal de 1988 afirma ser dever do Estado garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação. E um dos princípios do SUS é o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais. Nota-se em comum nos documentos norteadores, a articulação de diversas dimensões das ações e dos serviços em saúde, tais como: promoção, proteção e recuperação, bem como, atividades preventivas e assistenciais (BRASIL, 1990a; MATTOS, 2004). Aprofundar-se-á neste trabalho o entendimento acerca destas ações e as diversas formas para se alcançar a sua implantação.

Pesquisando a literatura científica observa-se que a integralidade é um termo plural, ético e democrático com diferentes sentidos e usos. A integralidade implica

repensarmos a organização do processo de trabalho, gestão e planejamento com a construção de saberes e práticas de saúde estruturadas (FRACOLLI et al., 2011).

O entendimento a respeito da integralidade percorre a temática da formação profissional. É neste espaço que também são desenvolvidas novas visões das práticas de saúde, voltadas para a concretização da integralidade no cuidado da saúde, tendo como base as diversas competências exigidas no processo de trabalho em saúde (MACHADO et al., 2007).

Em consonância com o princípio da integralidade, a atuação do profissional de saúde não deve ser norteadada somente pelo modelo da assistência curativa. É importante dimensionar os fatores de risco a saúde e a execução de ações preventivas, para que desta forma ocorra uma intervenção em saúde para além da doença ou do corpo doente ofertando assistência integral desde os níveis de promoção até a reabilitação para assistir de forma integral os sujeitos que necessitam de cuidados de saúde.

OBJETIVO

- Identificar em textos científicos o entendimento sobre o conceito de integralidade.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo reflexivo acerca da integralidade, conceito estruturante da formação profissional em saúde. Tomou-se como referências textos disponíveis online, em especial os constantes na Biblioteca Virtual em Saúde e em busca manual em livros. Selecionaram-se textos que abordassem a temática integralidade na formação profissional em saúde buscando apreender o entendimento acerca do conceito de integralidade, os quais foram apresentados de forma descritiva e sobre os quais se realizou análise que revelasse as diferentes concepções sobre integralidade presente nas contribuições dos textos tratando do tema.

INTEGRALIDADE E SEUS MÚLTIPLOS CONCEITOS

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, e com a implantação do Sistema Único de Saúde, através das Leis Federais nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, ocorreu uma significativa mudança na concepção clássica de atenção à saúde no Brasil, que até então era orientada por fundamentos assistencialistas e curativos, centrada na figura do médico e nos hospitais, restrita aos segurados pelos vínculos de trabalho ou aos que pudessem pagar pelo acesso aos serviços. Essa nova concepção estabeleceu uma relação direta entre saúde e condições de vida (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; PAIM, 2004; VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Amparado nos preceitos constitucionais, o SUS é um projeto desenvolvido de acordo com os seguintes princípios doutrinários e diretrizes organizativas: universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, bem como, a regionalização, descentralização, participação e controle social. A criação do SUS representa um avanço, principalmente pelos princípios de organização com a garantia de acesso de toda a população aos serviços de saúde, e a participação da população na formulação e controle das políticas de saúde (FONTOURA; MAYER, 2006).

O princípio da integralidade é definido na Lei Federal nº 8.080/1990, artigo 7º, como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis do sistema, garantindo a atenção ao usuário através de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema, pressupondo uma atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (FRACOLLI, et al. 2011; FREITAS et al., 2010; FONTOURA; MAYER, 2006).

Um sistema com capacidade de promover saúde, realizar diagnósticos e tratamentos precoces para reduzir danos, reabilitando e readaptando os indivíduos ao convívio social é um sistema integral, que leva em consideração as dimensões biológicas,

cultural e social do indivíduo, orientando políticas e ações de saúde capazes de atender as demandas e necessidades no acesso à rede de serviços (FRACOLLI et al., 2011; FREITAS et al., 2010; FONTOURA; MAYER, 2006).

A integralidade também está relacionada a características desejáveis do sistema de saúde brasileiro. Mattos (2001) discorre sobre a integralidade sobre três vertentes: a integralidade como um traço da boa medicina, a integralidade como modo de organizar as práticas e a Integralidade e Políticas Especiais. A primeira vertente refere-se ao movimento da Medicina Integral, originária dos Estados Unidos da América do Norte, em discordância com a forma fragmentária e reducionista adotada pelos médicos perante os seus pacientes. A Medicina Integral defende a atitude dos profissionais em não reduzir o paciente ao sistema biológico, criticando a assistência centrada nas especialidades médicas que privilegiam unicamente o órgão doente desconsiderando as dimensões sociais e psicológicas. A segunda vertente refere-se à integração entre as ações de prevenção de doenças e a promoção de saúde, entre a demanda espontânea e a demanda programada dos serviços. E a terceira vertente refere-se à forma de resposta que os governos criam para as necessidades inerentes de cada grupo (GONZE; DA SILVA, 2011; MATTOS, 2001).

A integralidade busca orientar as práticas de saúde, organizando o trabalho e a política, tornando-se indispensável para inovar a postura de atenção à saúde. A integralidade como princípio norteador do SUS, deve ser o acionador indispensável de uma nova postura na atenção à saúde, percorrendo a assistência em todos os seus níveis de atenção, agregando a assistência ao conceito de promoção à saúde, em uma visão mais ampla de qualidade de vida, em que o ser humano é percebido como sujeito e que possui mais do que apenas um corpo biológico (MONTENEGRO; PENA; BRITO, 2010).

A integralidade vai além da ideia de assistência em todos os níveis de atenção, ela também é resultado da relação desse princípio com a ideia de um todo, de assistência integral ao usuário como ser humano, que necessita de uma assistência humanizada e um acolhimento adequado, um tratamento digno, com vínculo, considerando o meio que ele reside, as suas redes sociais, apoiando-se na ajuda familiar e sem perder o foco no ser humano (FREITAS et al., 2010). Estando este entendimento pareado ao exposto por

Mattos (2004), ao relacionar a integralidade ao movimento da medicina integral e, portanto, como forma de exercício da “boa medicina”.

A compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença ocorre, essencialmente, através de uma abordagem interdisciplinar na formação e na construção do conhecimento, através da colaboração entre diversas disciplinas.

Sendo a integralidade um dos princípios do sistema de saúde brasileiro, a sua prática é discutida como uma estratégia para a construção de uma assistência voltada para as reais necessidades da população. No que se refere à prática dos profissionais de saúde, integralidade implica conceber o paciente como um todo; ter a capacidade de promover a saúde, realizar diagnósticos, tratamentos precoces, reabilitar e readaptar os sujeitos ao convívio social. É a capacidade dos profissionais de saúde em responder a demanda espontânea, associada à inclusão de aspectos preventivos, incluindo no seu trabalho os processos de busca das necessidades ocultas, ações voltadas para a prevenção. Observa-se que a integralidade é um termo complexo, com diferentes sentidos e usos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; FONTOURA; MAYER, 2006; FREITAS et al., 2010; MATTOS, 2004; SALA et al., 2011).

Para Freitas et al. (2010), a integralidade no SUS está presente em vários momentos na atenção à saúde, sendo o relacionamento do profissional com os usuários um dos principais, oferecendo um serviço de atendimento organizado, diversificado e humano que atenda ao indivíduo e a coletividade.

A integralidade busca ampliar o acesso e garantir a cobertura de ações e cuidados à saúde a partir da adoção de medidas para expandir e organizar as redes de serviço de saúde articuladas. Ela torna-se um convite para ampliação do acesso e garantia da cobertura de ações e cuidados à saúde através da adoção de medidas para expandir e organizar redes de serviço de saúde articuladas. A variedade de serviços para a assistência primária consiste de três componentes: os problemas e necessidades das populações e dos pacientes; as tarefas que são necessárias para abordar estes problemas; e o local em que são realizados (FRACOLLI, et al., 2011).

E, segundo Freitas et al. (2010) garante-se a integralidade quando se oferece para comunidade, na unidade de saúde, o acesso aos idosos e aos portadores de deficiência, bem como um local de espera para atendimento adequado, uma comunicação clara entre profissionais e pacientes, disponibilidade de visitas domiciliares, oferta para grupos que não procuram espontaneamente o serviço e a garantia do acesso a outros níveis de atenção.

Camargo Junior et al. (2008) abordando a integralidade na organização dos serviços apontam que outros conceitos precisam ser articulados para traduzir a integralidade, nesse sentido é importante atentar-se ao acolhimento, ao vínculo e a qualidade da atenção.

Acolhimento pode ser definido como tratamento humanizado da demanda, através de respostas aos usuários demandantes, seja no nível individual ou coletivo, avaliando riscos, encaminhando, quando necessário e gerando informações para interpretação e leitura das demandas. Durante o acolhimento é importante reconhecer as necessidades dos sujeitos que buscam o serviço de saúde e essa relação deve acontecer de forma humanizada, reforçando os valores e os direitos dos indivíduos. O acolhimento também pode ser visto em três dimensões: 1) postura: representa a atitude dos profissionais e da equipe para receber, escutar e tratar de forma humanizada usuários e suas demandas; 2) técnica: relacionada aos procedimentos e ações que facilitam o atendimento na escuta, na análise e na organização de demandas e soluções de problemas; 3) organização dos serviços: representa um projeto institucional que norteia o trabalho e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe orientando, desde o padrão de composição da equipe, as políticas de capacitação, conteúdos programáticos e metodologias de treinamentos (CAMARGO JUNIOR et al., 2008; FONTOURA; MAYER, 2006).

O vínculo é um dos aspectos oportunizados pela integralidade, definido por Camargo Junior et al. (2008), em três dimensões: 1) afetividade: tanto na atuação do profissional como do paciente, construindo um vínculo estável; 2) continuidade: fortalecimento do vínculo de conhecimento e confiança entre profissionais e pacientes; 3) relação terapêutica: referente ao ato de cuidar, envolvendo um momento de zelo, e atitude de responsabilidade pelo paciente.

A integralidade entendida como o atendimento integral foca suas atividades nas ações de prevenção e promoção à saúde, sem prejuízos dos serviços assistenciais. É a articulação entre essas ações que resultam no cuidado em saúde por meio de ações que se estruturam em um mesmo espaço, com a construção de saberes e de ações que se complementam (MATTOS, 2004; SILVA; RAMOS, 2010; STARFIELD, 2002).

No que tange a qualidade da atenção é de fundamental importância à prática dos profissionais de saúde, ou seja, enxergar o paciente como um todo. A integralidade permite identificar os sujeitos como totalidades, ainda que não em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis, dentro do que é permitido por eles próprios. É a capacidade dos profissionais para responderem ao sofrimento resultante da demanda espontânea, associado à inclusão de aspectos preventivos. Significa incluir no seu trabalho processos de busca das necessidades ocultas (FONTOURA; MAYER, 2006; MACHADO et al., 2007; SALA et al., 2011).

A fim de garantir o direito à saúde é necessário que os gestores, os trabalhadores da saúde, os órgãos formadores, os alunos e os movimentos sociais, repensem a forma de fazer e ensinar o cuidado a partir dos espaços da saúde, onde ocorrem as ideias individuais, em que se destacam o acolhimento, o estabelecimento de vínculo e a responsabilização dos serviços para com os cidadãos (MONTENEGRO; PENA; BRITO, 2010).

Em relação à formação dos profissionais de saúde a integralidade destaca-se como exposto por Gonze e da Silva (2011, p. 131) que assinalam:

[...] a integralidade da atenção deve ser um princípio norteador das políticas de saúde e a formação para a área uma responsabilidade do SUS, cabe relacionarmos ambas as questões, partindo da premissa de que uma maneira de formar profissionais em consonância com a realidade do SUS é voltar a formação para o princípio da integralidade.

O princípio da integralidade é dispositivo crítico para a formação do profissional de saúde com ressalva de seu potencial para o trabalhador operar transformações na

política de saúde. A organização do trabalho em saúde ainda seria focalizada no modelo taylorista fordista e que tem na figura do médico o ápice da hegemonia. É tomada como princípio estruturante do processo de trabalho e do cuidado em saúde sendo definida: “como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos nos diversos níveis de complexidade” (SILVA; TAVARES, 2004, p. 275).

Os problemas de saúde são complexos e, portanto, requerem múltiplos saberes e práticas, além do trabalho em equipe multiprofissional, que se direcionem para a alteração “do foco dos serviços e das ações de saúde para as necessidades individuais e coletivas dos usuários, para o cuidado, para a produção de relações de acolhimento, vínculo e responsabilização entre os trabalhadores e esses usuários”. Para que esta nova prática aconteça é necessário efetuar transformações na formação profissional em saúde dado que não seria possível fazer avançar o SUS com a reprodução de “práticas alienantes e descompromissadas com a integralidade da atenção” (SILVA; TAVARES, 2004, p. 278).

A integralidade foi tomada como eixo norteador para as mudanças na graduação dos novos profissionais de saúde entendendo que ela é o “único princípio indiscutivelmente finalístico, um atributo do que se quer do SUS. Atenção integral, não simplesmente a manutenção dos corpos ‘funcionando’ com o consumo de bens de serviço de saúde” (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010). Ela deveria nortear a formação dos profissionais de saúde sendo vivenciada desde cedo pelos alunos; é um conceito polissêmico que deve impregnar o cotidiano dos serviços de saúde nos quais os alunos pudessem vivenciá-la durante a formação (HIGA et al., 2012).

Para que a integralidade seja alcançada, é necessário que os profissionais reflitam e se conscientizem que a atenção à saúde deve ser vista como totalizadora, humanizada, contextualizada, integral e principalmente deve ser considerada como prioridade, tanto pelos profissionais de saúde como pelos gestores, levando-se em conta que as concepções e análises das práticas de saúde são frutos de uma construção coletiva, envolvendo a motivação pessoal dos profissionais de saúde, além das instâncias em que acontecem as ações de saúde (FONTOURA; MAYER, 2006).

Defender a integralidade, segundo Mattos (2004) é defender que as práticas em saúde no SUS, por meio dos profissionais de saúde passem a acontecer com sujeitos, e não com objetos, envolvendo-os em uma perspectiva dialógica, conferindo as práticas de saúde um caráter de conversação, utilizando-se dos conhecimentos e técnicas estabelecidas para identificar as necessidades de ações e serviços de saúde de cada

sujeito com o qual se relaciona, reconhecendo os conjuntos de ações colocadas em prática, incluindo o aconselhamento e as chamadas práticas de educação em saúde.

É necessário que os trabalhadores de saúde desejem o SUS como projeto de defesa da vida dos cidadãos, que trabalhem buscando a organização dos serviços de saúde baseado no acesso universal, na equidade, na integralidade da assistência, na eficácia e no atendimento humanizado. É preciso conceber a integralidade como um princípio em vários níveis de discussões e práticas na área da saúde, fundamentado em um novo paradigma preparado para ouvir, entender e, a partir deste ponto, atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e coletividade (FONTOURA; MAYER, 2006; MACHADO, et al., 2007).

CONSIDERAÇÕES SOBRE O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

O SUS foi implantado após mudanças na política de saúde na década de 1980 e 1990, compreendendo um conjunto articulado de serviços e ações de saúde, introduzindo modificações significativas na composição e no funcionamento do sistema de saúde no Brasil. A integralidade, nesse contexto, surge como uma diretriz do SUS, em um campo de forças e lutas constituído pelos movimentos dos usuários, trabalhadores e gestores.

Podem ser apontados alguns desafios para o aprimoramento do SUS e do princípio da integralidade. É necessário promover mudanças na formação, repensando a organização do trabalho, organizando as práticas dos serviços e garantindo o acesso e a qualidade dos cuidados em todos os níveis de atenção, unindo formação e trabalho.

Através do estudo reflexivo acerca da integralidade, nota-se que a integralidade é um termo complexo, com diferentes entendimentos e definições. Os autores discutem o princípio da integralidade e abordam algumas questões tais como: o acesso e a garantia de ações de prevenção e promoção de saúde, bem como a ampliação destas ações; as características desejáveis do sistema de saúde; as orientações das práticas de saúde; o relacionamento do profissional com os usuários, sendo ressaltado nos estudos a abordagem interdisciplinar na formação e na construção do conhecimento, e a integralidade como eixo norteador para as mudanças nos cursos de graduação dos profissionais de saúde.

Assim, a integralidade deve nortear a formação dos futuros profissionais da área da saúde, através do ensino-serviço, desenvolvidos de forma efetiva nos espaços de aprendizagem. O ensino deve ser voltado para o atendimento das reais necessidades de saúde da população, preparando os alunos para atuar no sistema de saúde, amparados no conceito ampliado de saúde, voltados para a prevenção, mas principalmente para a promoção da saúde e do trabalho em equipe.

Percebe-se o privilégio do entendimento da integralidade como a atitude desejada para a relação profissional de saúde e sujeitos assistidos, em consonância com o movimento da medicina integral que denunciava a impessoalidade, especialmente do médico, na relação de cuidado/cura. Destaca-se que esta dimensão da assistência é de fundamental importância para a qualidade da assistência, mas que ela deve carregar consigo o efetivo acesso de pessoas e comunidades a serviços de saúde, desde os de prevenção, promoção, até os de reabilitação. Portanto, a integralidade precisa ser remetida ao conceito da legislação que regulamentou o SUS quando seu entendimento pautava-se na garantia de assistência integral, que passa por certo pelas relações profissional/pessoa assistida, mas que extrapola o campo das relações pessoais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 17 abr. 2014.

BRASIL. Lei Federal 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.** Brasília, DF, 19 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 27 mai. 2014.

BRASIL. Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Brasília, DF, 28 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 27 mai. 2014.

CAMARGO JUNIOR, K. R.; CAMPOS, E. M. S.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T.; MASCARENHAS, M. T. M.; MAUAD, N. M.; FRANCO, T. B.; RIBEIRO, L. C.; ALVES, M. J. M. Avaliação da atenção básica pela ótica político- institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 558-568, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/11.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2014.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, out., p. 1440-1410, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 jun. 2014.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve Reflexão sobre a integralidade. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 59, n. 4, ago., p. 532-536, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 jun. 2014.

FRACOLLI, L. et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev. esc. enferm. Usp**, São Paulo, v. 45, n. 5, p.1135-1141, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a15.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2014.

FREITAS, C. A. S. L. et al. O princípio da integralidade na perspectiva dos coordenadores de um sistema de saúde no interior do Ceara. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 494-499, 2010. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_494-499.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2014.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 757-762, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000300018&script=sci_arttext>. Acesso em: 8 jun. 2014.

GONZE, G. G.; DA SILVA, G. A. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 129-146, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100008>. Acesso em: 7 jun. 2014.

HIGA, E. F. R., et al. Estratégias para o avanço da integralidade na visão de professores e estudantes. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro v. 36, n. 4, p. 470-477, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022012000600005&script=sci_arttext>. Acesso em: 7 jun. 2014.

MACHADO, M. F. A. S., et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Brasília, v. 12, n. 2, p.335-342, 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2014.

MATTOS, R. A. A integralidade na Prática (ou sobre a Prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, out., p. 1411-1416, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 jun. 2014.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: Pinheiro, R; Mattos, R. A. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2001, p. 39-64. Disponível em: <http://www.uefs.br/pepscentroeste/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2014.

MONTENEGRO, L. C.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. **Rev. esc. enferm. Usp**, São Paulo, v. 44, n. 3, p.649-656, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/14.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2014.

PAIM, J. S. Saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisas/Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Saude.pdf>>. Acesso em: 9 jul. 2014.

SALA, A., et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 569-584, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 jun. 2014.

SILVA, J. P. V.; TAVARES, C. M. M. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. **Trab. educ. saúde**. Rio de Janeiro. v. 2, n. 2, p. 271-285, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-7746204000200004&script=sci_arttext>. Acesso em: 8 jul. 2014.

SILVA, R. V. G. O.; RAMOS, F. R. S. Integralidade em saúde: revisão de literatura. **Cienc. Cuid. Saúde**. v. 9, n. 3, p. 593-601, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8726/6640>>. Acesso em: 5 jul. 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, Ministério da saúde, Brasília – DF: 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2014.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/facfisio/files/2012/06/refe.-SUS-Vasconcelos-e-Pasche.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2014.