

## INTEGRALIDADE NA SAÚDE DA FAMÍLIA: LIMITES E POSSIBILIDADES NA PERSPECTIVA DA EQUIPE<sup>1</sup>

Marciele Moreira da Silva\*  
Maria de Lourdes Denardin Budó\*\*  
Darielli Gindri Resta \*\*\*  
Silvana de Oliveira Silva\*\*\*\*  
Sandra Beatris Diniz Ebling\*\*\*\*\*  
Sandra Ost Rodrigues Martins Carvalho\*\*\*\*\*

### RESUMO

O artigo trata-se de uma pesquisa qualitativa que buscou identificar limites e possibilidades para viabilizar a integralidade no cuidado à família em uma equipe de Saúde da Família a partir da perspectiva dos profissionais da saúde, em um município do Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada direcionada aos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família, utilizando a análise de conteúdo temática. Os resultados mostraram que de acordo com os profissionais de saúde, as dificuldades para integralidade se referem à falta de tempo da equipe para planejar as atividades, deficiência na estrutura do serviço e limitações dos profissionais ao realizar procedimentos e intervenção técnicas-curativas. Consideram a experiências obtidas durante a formação e a trajetória profissional como uma possibilidade para alcançar um cuidado integral. Evidenciou-se a preocupação com a organização das práticas em seus aspectos mais técnicos, o que se sobrepõe a reflexões e discussões sobre a integralidade das famílias. Evidencia-se a complexidade presente no campo da saúde para consolidação de um cuidado integral, sendo que esse é fortemente influenciado tanto pelos profissionais, como pela dimensão organizacional e política dos serviços.

**Palavras-chave:** Assistência Integral à Saúde. Serviços de Saúde. Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

### INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil sofreu fortes mudanças nas décadas de oitenta e noventa, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de ser o sistema de saúde vigente, amparado na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei 8080/90, enfrenta uma constante luta ideológica e política na tentativa de reverter o modelo assistencial centrado na cura de doenças, direcionando-o para uma visão holística e integral do ser humano.

Nessa perspectiva, a integralidade em saúde torna-se fundamental como prática norteadora das ações em saúde.<sup>(1)</sup> Como princípio fundamental do SUS, a integralidade consiste no direito que as pessoas têm de serem atendidas no

conjunto de suas necessidades, e no dever que o Estado tem de oferecer serviços de saúde organizados para atender essas necessidades de forma integral.<sup>(2)</sup> Como um termo polissêmico, diz respeito a “um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária”.<sup>(1:41)</sup> A integralidade tem funcionado como uma imagem-objetivo, sendo uma forma de indicar (ainda que de modo sintético) características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas.<sup>(3)</sup>

Desse modo, o que se espera é que a integralidade não seja tomada apenas como um conceito, mas como um ideal regulador, no qual é quase impossível ser plenamente consolidado, mas que se deve buscar aproximar.<sup>(3,4)</sup> Sabe-se que as práticas e os serviços de saúde, de acordo

<sup>1</sup>Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde Coletiva ofertado pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Campus de Santiago/RS.

\*Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM. E-mail: enfmarciele@yahoo.com.br.

\*\*Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UFSM. E-mail: lourdesdenardin@gmail.com.

\*\*\*Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSM (CESNORS) Campus Palmeira das Missões/RS. E-mail: darielligindri@hotmail.com.

\*\*\*\*Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo PPGenf/UFSM. Docente na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) Campus de Santiago/ RS. E-mail: silvanao@ymail.com.

\*\*\*\*\*Enfermeira Mestre em Educação pela UNIJUÍ/RS. Docente na URI Campus de Santiago/ RS. E-mail: sandra.ebling@yahoo.com.br.

\*\*\*\*\*Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Docente na URI Campus de Santiago/ RS. E-mail: sandrinhaost@yahoo.com.br.

com aquilo que está estabelecido na legislação que rege o sistema, deveriam ser organizados na lógica da ação integral. Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como uma nova dinâmica nos serviços de saúde, estabelecendo uma relação de vínculo e co-responsabilidade com a comunidade, na busca de proporcionar um cuidado integral aos indivíduos e famílias, através da mudança do objeto de atenção.

A ênfase crescente na família tem resultado em uma modificação na maneira como ela é percebida no contexto de saúde.<sup>(5)</sup> Na ESF, este núcleo é entendido como uma unidade de cuidado, considerando o funcionamento e as experiências familiares como fatores que influenciam na saúde e doença dos seus membros. Para entender a saúde da família torna-se necessário compreender a sua complexidade, a multidimensionalidade e a multidiversidade.<sup>(6)</sup>

Nesse sentido, a família passou a constituir-se como forma basilar de cuidado e, portanto, objeto da assistência. Assim, no âmbito da ESF é possível promover um cuidado integral direto à família, tendo como propósito identificar seus problemas de saúde e estabelecer ações que busquem atender as suas necessidades, de acordo com o contexto sócio cultural em que essa está inserida.

Contudo, são muitos os obstáculos que dificultam a realização da integralidade no cuidado, visto que é uma luta que não se vence sozinho, mas necessita da mobilização de todos os profissionais, gestores e usuários.<sup>(4)</sup> A postura dos profissionais é algo fundamental para a efetivação da integralidade, todavia, os trabalhadores da saúde, dada a sua formação e prática predominantemente centradas no modelo tradicional biomédico, ainda parecem visualizar o indivíduo adoecido, isolado, fragmentado, sem inserção em um contexto sociocultural e familiar, o que gera um distanciamento da integralidade na atenção à saúde.

Desse modo, ao considerar que o cuidado integral se constrói no conjunto da práxis dos profissionais e serviços de saúde, é importante entender como as práticas de saúde são configuradas pelos profissionais da saúde e como isso pode propiciar ou dificultar a realização da integralidade.<sup>(1)</sup> A partir da

compreensão dos limites e das possibilidades do cuidado, na visão dos profissionais da equipe de saúde da família, será possível entender como as práticas se aproximam ou se distanciam da integralidade, permitindo ampliar as reflexões e discussões sobre a integralidade e sua efetivação na ESF.

Partindo dessas considerações, questiona-se: quais são os limites e as possibilidades percebidas pelos profissionais de saúde para viabilizar a integralidade no âmbito da ESF? Este artigo tem como objetivo identificar as dificuldades e facilidades de viabilizar a integralidade no cuidado à família em uma equipe da ESF a partir da perspectiva dos profissionais da saúde.

## METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa qualitativa exploratório-descritiva desenvolvida em uma equipe da Estratégia de Saúde da Família em um município de pequeno porte do Rio Grande do Sul. Tal município conta com dezenas unidades de saúde, sendo oito unidades da ESF.

Para a seleção dos sujeitos de pesquisa, adotaram-se os seguintes critérios: estar atuando na equipe da ESF por um período superior a um ano, excluindo-se do estudo os profissionais que se encontravam afastados por motivo de licença ou férias. Assim, para a explanação do estudo aos sujeitos de pesquisa, optou-se por participar da reunião de equipe da unidade no intuito de apresentar os objetivos da pesquisa. Foi realizado o primeiro contato com os profissionais e após a confirmação de sua participação na pesquisa, foi agendada a entrevista, de acordo com a disponibilidade do sujeito e do pesquisador.

Desse modo, a população do estudo foi composta por uma equipe mínima representada por uma enfermeira, um médico, dois técnicos de enfermagem e um odontólogo, totalizando cinco profissionais. Salienta-se que as ESFs do município encontravam-se em um período de transição, uma vez que novos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram incluídos na equipe no ano de 2010, logo, optou-se por não incluí-los no estudo uma vez que estavam em processo de adaptação e treinamento para exercer as atividades de sua função.

A técnica de coleta de dados escolhida para a realização deste trabalho foi à entrevista semi-estruturada, uma vez que esta permite a obtenção das informações necessárias ao cumprimento dos objetivos propostos. A entrevista foi realizada no período de outubro de 2010, nas dependências da unidade de saúde, utilizando um roteiro definido contendo questões relacionadas a assistência à saúde ofertada na unidade, dificuldades e facilidades para a prática da integralidade, bem como à compreensão dos profissionais sobre o cuidado integral. Para maior fidedignidade, as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

Para a realização da pesquisa, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) e aprovado sob o número 004/2010. Além disso, foi solicitada a autorização institucional para realizar a pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do município, conforme as normativas, e da chefia da unidade de saúde.

Os participantes que aceitaram participar da pesquisa receberam o Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assinado anteriormente ao início da entrevista. Foram levados em consideração todos os preceitos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, disciplinados pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Para a garantia do anonimato, os sujeitos foram identificados pela letra “P” seguida de algarismos arábicos em ordem crescente (P1, P2, P3, P4, P5). Com relação à coleta de dados, a mesma foi finalizada a partir do momento que se atingiu a saturação de dados, isto é quando se obteve um número suficiente para permitir certa reincidência das informações, sem desprezar conteúdos considerados significativos.<sup>(7)</sup>

A análise de conteúdo temática dos dados deu-se a partir de três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação.<sup>(7)</sup> A pré-análise teve por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, ocorrendo as transcrições das entrevistas gravadas, sendo que da leitura do conteúdo das mesmas já emergiram algumas associações possíveis com o objetivo da pesquisa, obtendo uma visão geral dos dados.

A segunda fase foi organizada pela exploração do material e tratamento dos resultados através da definição de trechos significativos, classificados por meio de recorte, enumeração e agregação, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Por fim, na terceira fase ocorreu a interpretação por meio da categorização dos dados mediante ao agrupamento de elementos, ideias ou expressões, assim, a partir das falas emergiram três categorias: Significados da integralidade, limites e possibilidades para o cuidado integral e assistência à saúde na ESF.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A integralidade na atenção à saúde da família é um conceito que possui vários sentidos, sendo que a organização dos serviços de saúde como um dos sentidos da integralidade surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, a fim de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e nas suas necessidades.<sup>(1)</sup>

Nesse estudo, os sujeitos da pesquisa mostraram em seus discursos algumas das dificuldades e facilidades percebidas no âmbito da ESF para atingir a integralidade no cuidado às famílias. Os profissionais identificaram a falta de tempo da equipe para planejar as atividades como um aspecto dificultador do cuidado integral:

Para cuidar bem é preciso sentar para planejar [...] (P1)

É difícil [...] no posto, são muitas atividades a serem desenvolvidas no dia a dia, não se consegue planejar as ações (P2)

A gente até tinha ideia de fazer palestras sobre saúde bucal na escola, mas ainda não consegui sentar para organizar isso, é bastante demanda. (P3)

[...] A gente tenta ver o todo do paciente, mas as vezes, é muita correria aqui no posto. (P5)

Os sujeitos do estudo revelaram não conseguir participar do planejamento das ações de saúde no serviço em que atuam. Apresentam, como um fator de dificuldade, o excesso de atividades no serviço, que ocasiona falta de tempo para articular os diversos trabalhos e planejar as ações a serem desenvolvidas no

âmbito da saúde. O que acontece, muitas vezes, é que os profissionais detêm-se no cumprimento de tarefas de ordem burocrática, não encontrando tempo para pensar nas atividades que vão realizar no serviço, como mostra a fala do profissional P4 “é tanto papel, tanto papel, pra preencher e organizar, que quando a gente vê já passou o dia [...] não sobra tempo pra o paciente e para fazer outras coisas.”

A partir disso, é possível dizer que essa situação faz com que a equipe atue sobre casos isolados, de acordo com a demanda da população, pois há pouco tempo para planejar e implementar ações coletivas que visem à prevenção e à promoção da saúde da comunidade.

O desenvolvimento de um trabalho parcelar, no qual cada profissional realiza suas atividades de forma desarticulada e independente das ações dos demais, pode contribuir significativamente com práticas que não atendam as necessidades de saúde da população, se distanciando da integralidade da assistência.<sup>(8)</sup>

Aliado a isso, um dos participantes do estudo ao relatar sobre o cuidado que desenvolve na unidade, caracteriza à falta de estrutura no serviço como um fator que proporciona a inviabilidade da integralidade, conforme a expressão a seguir:

*A unidade não possui ACD {se referindo ao auxiliar de consultório dentário} como consta no manual, de modo que dificulta o atendimento [...] não consiga atender como eu queria porque fica difícil sem ajuda do ACD (P3)*

Em decorrência de tal situação, pode-se dizer que, do ponto de vista do trabalhador P3, a falta de recursos humanos contribui para a diminuição da qualidade dos serviços prestados. E, se a integralidade dos processos de trabalho no SUS depende, em parte, de questões como afinidade com o trabalho, também depende das condições de trabalho a que o trabalhador está submetido. Uma das razões para isso é a falta de assessoria do Ministério da Saúde aos estados e municípios, para garantir a integralidade, a articulação e integração e para a superação das dicotomias das ações da saúde.

As mudanças propostas para o novo modelo assistencial necessitam de uma adequada infraestrutura física e humana para garantir a eficiência na prestação de serviços e assim

reafirmar o compromisso do SUS com a comunidade. Sendo a unidade de saúde a referência para o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, é necessário dispor de recursos físicos, humanos e estruturais compatíveis com esta proposta e com a ação dos profissionais de saúde em relação a esse compromisso.<sup>(9:268)</sup>

Ao mencionarem sobre a maneira que exercem o cuidado na unidade, os participantes do estudo referenciam que durante o cuidado, os sentimentos e emoções manifestadas pelo usuário e família dificultam a aplicação dos conhecimentos técnicos e limitam a realização de alguns procedimentos, o que na perspectiva dos pesquisados, compromete o atendimento, distanciando a assistência de um cuidado integral.

*Na assistência, a ansiedade da família que muitas vezes, dificulta o exercício de determinado procedimento, não se consegue ver o todo (P1)*

*Quando vou fazer o atendimento, o que mais dificulta para atender as pessoas é quando elas ficam ansiosas pra consulta [...] não se consegue atender bem. (P2)*

*Fica ruim!!! Tenho dificuldade de cuidar, em casos de dor ou infecção a criança não coopera e não permite a intervenção, daí vou logo fazendo para atender logo, para ela não chorar (P3)*

Percebe-se nas falas, a desvalorização da família como contribuinte do cuidado uma vez que o profissional ao referir-se a ansiedade da família como um limite encontrado na busca de uma assistência integral, pode-se inferir que ele não considera relevante a participação familiar no processo de cuidar. Para tanto, estudos apontam a família como importante para a promoção do cuidado a seus familiares, constituindo um sistema de saúde com valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações da saúde.<sup>(10, 11)</sup>

Desse modo, é interessante que os profissionais da saúde começem a valorizar em suas práticas, a necessidade de compreender a família e a forma com que ela interage com vistas à construção de um cuidado integral. O trabalhador de saúde, em especial o enfermeiro, participante fundamental no sistema profissional de cuidados, deve buscar uma interação efetiva para dar suporte e apoio aos familiares, nas diversas situações de cuidado.<sup>(11)</sup>

Percebe-se a visão biomédica que permeia as ações de cuidado a família na ESF, uma vez que não se percebe nas falas a valorização de práticas educativas ou voltadas a promoção da saúde da população. Quando o trabalhador da saúde se remete as dificuldades para um cuidado integral como uma simples impossibilidade de realizar um procedimento, é possível dizer que na perspectiva deste trabalhador, um cuidado integral está relacionado à conclusão de determinado procedimento.

Ainda, nos discursos analisados, além de fatores que se constituíram como limitadores para a integralidade do cuidado à família surgiram alguns aspectos apontados como facilitadores da atuação profissional na perspectiva do cuidado integral. A atuação da equipe mínima da ESF foi referida como um processo que favorece a promoção de um cuidado integral. O trabalho em equipe multiprofissional é considerado pelos pesquisados, uma importante ferramenta e estratégia para a reorganização do processo de trabalho no âmbito da ESF na direção da integralidade, como mostra a seguir:

Uma coisa fácil do posto é que os pacientes são encaminhados a consulta médica, consulta de enfermagem, consulta odontológica, procedimentos, entre outros serviços [...]. (P1)

Comigo é mais por agendamento, mas eu vejo que o pessoal está sempre correndo ali na frente, os técnicos [...] toda criança passa uma vez pelo médico ou enfermeira isso facilita bastante o cuidado. (P3)

[...] No PSF tem vários profissionais, bastante mão-de-obra. (P4)

[...] O bom daqui é que ninguém sai sem atendimento, sempre alguém atende. (P5)

Na visão dos profissionais, uma atenção integral amplia-se na medida em que se estabelece um processo de direcionamento dos usuários para os membros da equipe. As falas retratam uma lógica de atendimento centrada no atendimento individual, incorporando o modelo biomédico como ferramenta de atenção e cuidado em saúde. Em contrapartida, sabe-se que uma atenção integral requer um processo de comunicação, em que todos os profissionais atuem em coletividade, para garantir a interdisciplinaridade.<sup>(12)</sup>

Em contrapartida, vale destacar que quando questionados sobre quais os profissionais necessários para prestar uma assistência integral, os pesquisados referiram o médico, a enfermeira, os técnicos de enfermagem e a dentista. Apenas um dos sujeitos destacou a presença do ACS nesse processo, como se observa no fragmento da fala de P2 “[...] nós ficamos um bom tempo sem agente {ACS} o que deixou tudo mais complicado, sem uma ligação com a comunidade, agora com a entrada dos novos, espero que tudo volte ao normal”.

A partir disso, observa-se que a visão da maioria dos profissionais se opõe ao que preconiza as diretrizes regulamentadoras da ESF, uma vez que não se consegue pensar em integralidade sem considerar a força de trabalho do ACS. Contudo, no discurso de P2 evidencia-se que o ACS possui um papel importante no cuidado das famílias cadastradas na área de abrangência das unidades, não só por facilitar o acesso da população às ações e serviços de saúde, mas principalmente por ser o elo entre as equipes de saúde e a comunidade.<sup>(13)</sup> Dessa forma, o ACS traz benefícios à comunidade na medida em que entrelaça os saberes diversos de cada profissional envolvido, contribuindo para uma visão do ser humano de forma multidisciplinar.

Partindo do pressuposto de que o planejamento na saúde da família requer uma construção coletiva, com complementaridade e a interação de todos os profissionais envolvidos, quando ocorre a fragmentação nesse planejamento, fragiliza o processo de trabalho e reflete em uma menor cobertura das necessidades dos sujeitos. Para a prática da integralidade em saúde é preciso trabalhar em equipe, independentemente da área de atuação, de modo a favorecer o diálogo entre os profissionais de saúde, como também a definição coletiva da assistência ao usuário como foco central das ações de saúde.<sup>(14)</sup>

Aliado ao trabalho em equipe, quando questionados sobre os fatores percebidos no serviço que favorecem a construção de um cuidado integral, na visão dos pesquisados estão o comprometimento do profissional com o serviço e a busca da resolução das necessidades do usuário como ferramentas que contribuem para consolidação da prática da integralidade.

Dentro das possibilidades a equipe tenta e se compromete em fazer o melhor, resolve o problema da pessoa. (P1)

Na rede {serviço de saúde} é assim, quando o profissional quer ele ajeita [...] nós buscamos pelo menos sempre tenta achar uma solução pra aquele problema [...]. (P2)

Bah! Eu acho que para ser integral tem que resolver o que a pessoa tem, no meu caso, sanar a dor que ela sente, isso vai causar um bem estar pra ela. (P3)

Acho que é integral, porque aqui todo o paciente é encaminhado ao profissional médico ou enfermeira para o adequado tratamento assim é possível atender a todos. (P4)

[...] O diferente aqui no posto é que gente tenta não deixar ninguém sair sem ser atendido, pelo menos algum agendamento a gente faz. (P5)

Nesses fragmentos, evidencia-se uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos. Nos discursos, é notável o modelo tradicional de atenção à saúde que tem na doença do usuário seu objeto de intervenção, o que pode tornar a assistência insuficiente para a demanda de cuidados trazida pelos sujeitos.

A resolução das necessidades do usuário é compreendida pelos profissionais como uma atitude que apenas promove a solução dos problemas imediatos, ou seja, para o atendimento ser resolutivo é preciso “no mínimo” conhecer o problema apresentado pelo usuário. Apesar de esta ser a forma comum de atuação e comunicação dos profissionais nessa ESF, acredita-se que apenas condutas e informações técnicas não sejam suficientes para promover um cuidado dentro das perspectivas do ideal da integralidade.

A resolutividade que se remete a integralidade é aquela que está ligada ao recurso instrumental e ao conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde.<sup>(15)</sup> Desse modo, a resolução das necessidades dos usuários percebida nas falas dos profissionais se remete apenas a conduta biomédica.

Complementando os aspectos já descritos, os profissionais apontam a qualificação e a

experiência profissional como fatores importantes para um cuidado integral:

Para cuidar integralmente, não são muitas dificuldades, tenho segurança nos procedimentos porque já trabalhei em unidade hospitalar e isso ajuda! (P1)

Tecnicamente sim, sinto-me preparada para cuidar. (P2)

Como eu nunca tinha trabalhado em posto antes, quando eu cheguei aqui, tive que buscar mais informação, até fazer uma pós {Especialização} porque aqui a gente vê de tudo, diferente do consultório, que mais ou menos a gente sabe os casos que tem, que aparecem, aqui exige conhecimento e destreza técnica. (P3)

O cuidado?! ver o todo do paciente exige conhecimento [...]estou preparado, trabalhei em unidade pediátrica e já fiz curso para transporte em ambulância, alto risco e pré-hospitalar. (P4)

Minha experiência no hospital me ajuda muito eu acho, consigo perceber o que o paciente quer dizer, as queixas. (P5)

Evidencia-se que os profissionais valorizam as experiências obtidas durante a formação e a trajetória profissional, considerando que tais fatores permitem que os mesmos desempenhem suas funções com maior qualidade e segurança, oportunizando a integralidade. Observa-se nesses relatos a valorização da habilidade técnica e do conhecimento centrado na clínica, pois para esses profissionais, a integralidade pode ser alcançada quando se desenvolve uma prática segura e tecnicamente eficaz.

Ainda que de forma excluente e centrado na doença, o modelo médico-centrado demonstra credibilidade na perspectiva da equipe. Para os pesquisados, o respaldo técnico, a habilidade prática e a experiência hospitalar apresentam-se suficientes frente às demandas de agravos à saúde pelos quais são acometidas as famílias pertencentes a ESF.

Tal compreensão vai de encontro ao cuidado integral almejado nos serviços de saúde, visto que este envolve uma conjuntura com muitos ingredientes que ultrapassam a dimensão racional e assistencialista para alcançar as práticas relacionais e subjetivas capazes de atender as necessidades de saúde das famílias.<sup>(11)</sup>

Nota-se ainda que a preocupação com a família não é expressada nas falas dos sujeitos,

mesmo estando inseridos em uma estratégia que busca reorientar o novo modelo de atenção à saúde voltada à atenção familiar. O modelo clássico flexneriano, tecnicista, biologicista, voltado para a prática hospitalar e médico-centrado, é um tipo de conduta que predomina nos discursos dos trabalhadores de saúde, o que não contempla as necessidades de saúde da população.

Revela-se, portanto, ser relevante um processo educativo para todos os membros da ESF, incorporado ao cotidiano do trabalho que possa orientar as iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde.<sup>(16)</sup>

Dessa forma, acredita-se que a Educação Permanente em Saúde possibilitará aos trabalhadores da ESF uma qualificação profissional que busque de não restringir o olhar ao usuário somente no aspecto fisiopatológico da doença. É necessário enxergar o usuário como um sujeito singular, inserido em um contexto familiar, com vivências e histórias que devem ser consideradas durante o processo de cuidado. Para isso, os processos de formação, qualificação profissional e educação permanente e o trabalho interdisciplinar, precisam ser realmente constantes e conectados com as necessidades do SUS e sua proposta de integralidade para se tornarem efetivos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adoção de novos paradigmas no campo da saúde coletiva, no âmbito das práticas na ESF, enfrenta distintos desafios, uma vez que existem vários aspectos que limitam e possibilitam uma prática profissional pautada no ideal regulador da integralidade em saúde. Os resultados que emergiram dos depoimentos dos profissionais sinalizam a complexidade presente no campo da saúde para consolidação de um cuidado integral, sendo que esse é fortemente influenciado tanto pelos profissionais, como pela dimensão organizacional e política dos serviços.

Na perspectiva dos profissionais da saúde que atuam na saúde da família, as dificuldades encontradas para atingir a integralidade se

referem à falta de tempo da equipe para planejar as atividades, bem como se remetem as limitações profissionais para realizar procedimentos e intervenções técnicas-curativas. Ainda, à inexistência de uma estrutura adequada as demandas exigidas no serviço é apontada como um fator que dificulta a aproximação da integralidade nas práticas de saúde.

Como possíveis possibilidades para a aproximação de um cuidado integral, os pesquisados consideram as experiências obtidas durante a formação e a trajetória profissional como fatores que permitem que o trabalhador desempenhe suas funções com maior qualidade e segurança.

Partindo dos discursos dos sujeitos de pesquisa, evidencia-se a ideia de que para eles a preocupação com a organização das práticas em seus aspectos mais técnicos se sobrepõe a reflexões e discussões sobre o seu papel na promoção de saúde das famílias. Contudo, é importante considerar que uma assistência integral depende tanto dos profissionais quanto dos demais atores envolvidos no sistema, pois atuar sob a perspectiva da integralidade significa a ruptura não só com um modelo tradicional da formação, mas também implica na reorganização dos serviços e análise crítica dos processos de trabalho.

Ao conhecer os limites e as possibilidades da integralidade, partindo da visão dos trabalhadores de saúde, é possível aprofundar discussões sobre a integralidade com vistas a mobilizar o potencial de organização coletiva para a mudança e fortalecimento das práticas de saúde no âmbito do cuidado as famílias.

Salienta-se que, o processo de educação permanente da equipe torna-se imprescindível, com vistas a promover ações reflexivas acerca dos diferentes níveis de atenção à saúde das famílias, identificando as suas diferentes dimensões na busca de um atendimento integral. É interessante que gestores e trabalhadores de saúde compreendam que a integralidade pode ser articulada nas ações e serviços de saúde preventivos e curativos, individuais e coletivos e em todos os níveis de complexidade do sistema.

## THE ENTIRE FAMILY HEALTH: LIMITS AND POSSIBILITIES IN VIEW OF THE TEAM

### ABSTRACT

The article comes up a qualitative study that sought to identify the limits and possibilities for achieving completeness in family care in a Family Health Team from the perspective of health professionals in a city in Rio Grande do Sul collection data was performed by means of semi-structured interview aimed at professionals working in the Family Health Strategy, using thematic content analysis. Results showed that according to health professionals, the difficulties for completeness refer to lack of staff time to plan activities, deficiency in service structure and limitations of professionals to perform procedures and intervention techniques-healing. Consider the experiences gained during the training and professional career as an opportunity to achieve a comprehensive care. It was evident concern with the organization of practices in their more technical aspects, which overlaps the reflections and discussions about the completeness of families. This study highlights the complexity present in the health field for the consolidation of a comprehensive care, and this is strongly influenced both by professionals as the organizational dimension and political services.

**Keywords:** Integral Assistance to Health. Services of Health. Family Health. Primary Health Care.

## INTEGRALIDAD DE LA SALUD DE LA FAMILIA: LÍMITES Y POSIBILIDADES EN VISTA DEL EQUIPO

### RESUMEN

El artículo es un estudio cualitativo que buscó identificar los límites y las posibilidades de lograr la integridad en la atención de la familia en un equipo de salud de la familia desde la perspectiva de los profesionales de la salud en la ciudad de Río Grande do Sul colección los datos se realizó mediante entrevista semi-estructurada dirigida a los profesionales que trabajan en la Estrategia Salud de la Familia, mediante análisis de contenido temático. Los resultados mostraron que, de acuerdo a los profesionales de la salud, las dificultades para la totalidad se refieren a la falta de tiempo del personal para las actividades del plan, la deficiencia en la estructura de servicio y limitaciones de los profesionales para llevar a cabo los procedimientos y técnicas de intervención de curación. Tenga en cuenta las experiencias adquiridas durante la formación y la carrera profesional como una oportunidad para lograr una atención integral. Era evidente preocupación con la organización de las prácticas en sus aspectos más técnicos, que se superpone a las reflexiones y discusiones acerca de la integridad de las familias. Este estudio pone de relieve la complejidad presente en el campo de la salud para la consolidación de una atención integral, y esto está muy influenciado tanto por los profesionales como la dimensión organizativa y servicios políticos.

**Palabras clave:** Asistencia Integral a la Salud. Los Servicios de Salud. Salud de la Familia. Atención Primaria a la Salud.

### REFERÊNCIAS

1. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001. p. 39-64.
2. Prado SRLA, Fujimori E, Cianciarullo T. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. Texto Contex Enferm, 2007 jul-set.; 16 (3): 399-407
3. Camargo Jr KR. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: Pinheiro R., Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007. p. 36-46
4. Beheregaray LR, Gerhardt TE. A integralidade no cuidado à saúde materno-infantil em um contexto rural: um relato de experiência. Saúde Soc, 2010 jul-set.; 19 (1): p. 201-12.
5. Ortiz MCA, Lima RG de. Experiências de familiares de crianças e adolescentes, após o término do tratamento contra câncer: subsídios para o cuidado de enfermagem. Rev. Latino-am. Enferm. 2007 jun.; 15(3): 411-7
6. Silva LWS da, Novais NN. Um olhar sobre o estado da arte e suas contribuições para a compreensão e planejamento de cuidados à família. Rev. Kairós. 2009 abr/jun; 12(1): 59-76.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec; 2008. 407 p.
8. Colomé ICS, Lima MADS, Davis R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42 (2): 256-61.
9. Sousa FGM, Erdmann AL, Mochel EG. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. Texto Contex Enferm 2011; 20 (1): 263-71
10. Araújo IM, Paul C, Martins MM. Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida. Ciênc Cuid Saúde. 2009 abr/jun; 8(2): 191-97.
11. Silveira CL, Budó MLD, Silva FM, Beuter M, Schimith MD. Rede social das cuidadoras de familiares com doença crônica incapacitante no domicílio: implicações para a enfermagem, Ciênc Cuid Saúde 2009 out/dez.; 8(4): 667-74.
12. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e

- construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 65-112.
13. Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A Práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. *Saúde Soc.* 2009; 18 (4): 744-55.
14. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde Colet* 2007 mar/abr; 12 (2): 335-42.
15. Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro, *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1): 48-56
16. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle Social. *Rev. Saúde Colet.* 2004;14 (1): 41- 65.

---

**Endereço para correspondência:** Marciele Moreira da Silva. Rua Osvaldo Aranha, 458, Centro. Santiago, RS. CEP: 97700-000.

**Data de recebimento:** 15/10/2011

**Data de aprovação:** 06/02/2013