

Estratégias para o Avanço da Integralidade na Visão de Professores e Estudantes

Strategies for the Advancement of Integrality according to Teachers' and Students' View

Elza de Fátima Ribeiro Higa¹
Danielle Martins Yamada¹
Gabriela de Fátima Batista Peloso¹
Cássia Regina Fernandes Biffe Peres¹
Simone Zambom Elias Panacionne¹
Celeste Maria Bueno de Mesquita¹

RESUMO

A integralidade, que representa um princípio orientador do Sistema Único de Saúde (SUS), pressupõe abertura para múltiplas possibilidades do cuidado, da gestão e da organização do trabalho, o que requer a ampla compreensão desse sistema. O objetivo desta pesquisa é identificar e analisar as sugestões de professores e estudantes para o avanço da integralidade. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. Participaram quatro professores e 58 estudantes de Medicina e Enfermagem. Os dados foram obtidos por Grupo Focal, com base na questão: o que vocês acham que deveria ser realizado para o desenvolvimento da integralidade do cuidado no atual cenário de aprendizagem? Os resultados foram tratados pela técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, e apontaram três categorias analíticas: formação em saúde, compreensão do SUS e valorização profissional. Estas representam algumas das estratégias necessárias ao desenvolvimento efetivo da integralidade, na visão dos participantes, que demonstram a importância da compreensão do sistema de saúde vigente desde a formação, assim como a valorização dos profissionais em busca da integralidade.

ABSTRACT

Integrality represents a guiding principle of the Unified Health System (SUS); it assumes openness to multiple possibilities of care, management and organization of work, which require a broad understanding of this system. The objective of this research is to identify and analyze the teachers' and students' suggestions for the advancement of integrality. This is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach; four teachers and 58 medicine and nursing students participated in it. Data were obtained by Focus Group through the following question: what do you think it should be done for the development of care integrality in this learning scenario? The results were treated by the Thematic Content Analysis Technique and three categories were pointed out: health care training, understanding of the Unified Health System, and professional status. According to participants, these are some of the necessary strategies to effectively develop integrality; for they demonstrate the importance of understanding the current health system from the professional's training, as well as the appreciation of health professionals in order to reach integrality.

PALAVRAS-CHAVE

- Educação em Saúde.
- Assistência Integral à Saúde
- Docentes.
- Estudantes.
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Health Education.
- Comprehensive Health Care.
- Faculty.
- Students.
- Medical Education.

Recebido: 30/12/2011

Reencaminhado: 09/05/2012

Aprovado: 19/08/201

INTRODUÇÃO

A integralidade, que representa um princípio orientador do Sistema Único de Saúde (SUS), pressupõe abertura para múltiplas possibilidades do cuidado, da gestão e da organização do trabalho, o que requer a ampla compreensão desse sistema. Em sua essência, implica a recusa ao reducionismo e à objetividade dos sujeitos¹. A integralidade do cuidado pode se concretizar, em todos os níveis de complexidade assistencial, enquanto práticas e relações entre os sujeitos e por meio da interação cotidiana de suas ações e saberes².

A partir de 2011, é incorporada ao SUS a Rede de Assistência à Saúde (RAS). Essa rede assistencial compreende arranjos organizacionais de ações e de serviços que utilizam diferentes tecnologias de cuidado, sendo integrada por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, e nela a integralidade deve se iniciar e se completar³.

Assim sendo, considerando a polissemia e a polifonia da integralidade, sua importância para a melhoria da qualidade assistencial no SUS e o momento atual para implementação efetiva da RAS, o presente estudo busca refleti-la, a partir da concepção de professores e estudantes de Medicina e Enfermagem.

A luta em busca da universalização, da equidade e da integralidade da assistência à saúde, iniciada no Brasil na década de 1970, ganhou visibilidade com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, em que foram destacados os princípios para a organização do SUS⁴. A assistência integral à saúde da população brasileira foi legalmente instituída pelo artigo 198 da Constituição Federativa do Brasil⁵, e, com a Lei Orgânica de Saúde 8.080/90⁶, a integralidade do cuidado passa a assegurar aos cidadãos ações preventivas, de promoção, de tratamento e de reabilitação no cuidado à saúde, em todos os níveis assistenciais.

De acordo com o artigo 2º da Lei nº 8.080, “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, além de formular e executar políticas econômicas e sociais que visem à redução de risco de doenças, sem excluir, entretanto, o papel das pessoas, das famílias, das empresas e da sociedade para a garantia da saúde. A mesma lei aponta, ainda, em seu artigo 3º, os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença: acesso a bens e serviços essenciais, educação, alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, transporte e lazer, dentre outros, que, embora complexos, devem ser considerados para a obtenção de saúde. Nesse sentido, a assistência deve se pautar no princípio da integralidade, entendido 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”⁶ (p.2)

Como estratégia de operacionalização do SUS, foi criado, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), que propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde nos diversos níveis de atenção⁷. A partir do PSF foi instituída a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem como eixos norteadores: o território, a população adstrita, o trabalho em equipe, a intersetorialidade e a atenção integral e contínua à saúde dos indivíduos e da comunidade⁸.

A integralidade expressa a luta do movimento sanitário no Brasil e pode identificar certos valores e características necessários ao sistema de saúde. Desta forma, identificam-se três sentidos possíveis para a integralidade: um aplicado às políticas e às ações governamentais, tendo em vista a prevenção e resolução dos problemas de saúde da população; outro, relacionado à organização dos serviços; e, por último, um voltado aos atributos das práticas de saúde. Dos princípios e diretrizes do SUS, a integralidade é o que menos tem sido evidenciado⁹.

No desenvolvimento da integralidade devem-se considerar as necessidades de saúde da pessoa, tendo em vista a universalidade, a equidade, a comunicação efetiva, o acolhimento, o vínculo e o trabalho em equipe¹⁰. Deve, ainda, ser desenvolvida com uso de todas as tecnologias disponíveis na rede de atenção, contemplando a transversalização e tendo como estratégia a gestão da micropolítica compartilhada por todos os atores envolvidos na produção do cuidado¹¹.

Outro aspecto fundamental para o desenvolvimento da integralidade diz respeito à formação dos profissionais na área da saúde pautada nos fundamentos das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que instituem o perfil do egresso/profissional tendo em vista uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, voltada para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, em todos os níveis de assistência, alicerçada em princípios éticos, de responsabilidade social e de compromisso com a cidadania¹². Nessa proposta de organização curricular, deve ser contemplado o trabalho em equipe, e a aprendizagem desenvolvida a partir da prática assistencial¹³. Em vista disso, destaca-se a importância da inserção dos estudantes no mundo do trabalho, a fim de lhes propiciar uma reflexão sobre a prática do cuidado e sobre suas concepções em busca dos sentidos da organização da assistência desenvolvida nesse ambiente¹⁴.

As DCN ainda contemplam, para os cursos de Medicina e Enfermagem, os seguintes saberes: atenção à saúde — deve ir além da técnica em busca da resolução das necessidades de saúde em nível individual e coletivo, considerando os princípios de qualidade, da ética e bioética; tomada de decisões —

para o uso racional e adequado de todos os recursos necessários aos procedimentos, tratamentos e questões de ordem prática com fundamentação científica; comunicação — os profissionais devem conhecer seus diferentes tipos: verbal, não verbal e interpessoal, assegurar a confidencialidade de informações e ter domínio das tecnologias de informação e comunicação; liderança — constituída também pela habilidade de comunicação, tomada de decisão e gerenciamento no trabalho em equipe multiprofissional; administração e gerenciamento — aptidão para liderar a equipe de saúde, tomar as melhores iniciativas e para ser empreendedor, gestor e empregador; e, enfim, buscar a educação permanente — deve ter a capacidade de aprender continuamente e compromisso com a educação de futuros profissionais¹².

Além disso, as DCN propõem que as instituições formadoras desenvolvam seu processo de ensino-aprendizagem por meio de metodologias ativas e garantam aos estudantes, desde os primeiros anos de graduação, estágios curriculares em serviços do SUS nos diferentes níveis de complexidade assistencial¹².

Frente ao exposto, esta pesquisa busca identificar e analisar o que deve ser feito para o desenvolvimento da integralidade na visão de professores e estudantes de Medicina e Enfermagem inseridos na ESF.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, cujo objeto de análise é a integralidade do cuidado em saúde. Essa metodologia permite a apreensão da essência dos significados, motivos e aspirações, atitudes, crenças e valores fundamentais para a descrição e a compreensão dos fenômenos que envolvem o ser humano¹⁵.

Considerando a questão ética, o estudo foi aprovado pela Comissão Municipal de Avaliação em Pesquisa (Comap) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Marília (Famema), sob o protocolo nº 2.007/09. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da coleta de dados. Participaram do estudo quatro professores e 58 estudantes de Medicina e Enfermagem, inseridos em quatro Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Marília (SP).

A coleta de dados foi realizada por meio de Grupo Focal, uma técnica de entrevista que possibilita a expressão da subjetividade por meio do relato verbal e de discussões em grupo^{16,17}. Neste estudo foram realizados quatro grupos focais, com duração média de uma hora e meia, compostos por estudantes e professores de diferentes séries, coordenados por um profissional com experiência na técnica e um observador. A integralidade foi discutida por meio da seguinte questão direcionadora: o

que vocês acham que deveria ser realizado para o desenvolvimento da integralidade do cuidado no atual cenário de aprendizagem? Os resultados obtidos foram gravados, transcritos e identificados com a seguinte codificação: estudante de Medicina (EM), estudante de Enfermagem (EE), professor de Medicina (PM) e professor de Enfermagem (PE) e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, modalidade temática¹⁸.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados possibilitou a construção de três categorias temáticas — formação em saúde, compreensão do SUS e valorização profissional —, que representam algumas das estratégias necessárias ao desenvolvimento da integralidade na visão dos professores e estudantes.

Formação em saúde

Os estudantes e professores indicam, com base em suas experiências e à luz dos referenciais teóricos que fundamentam a graduação de ambos os cursos, o que ainda precisa ser feito, em suas visões, para o avanço da integralidade do cuidado.

“[...] eu acredito que teria [de ter] uma educação [...] focada numa prática de ver o paciente mesmo na integralidade. Porque realmente tem essa falha de que o ensino é muito pontual [...]” (EM)

Para que os princípios do SUS, sobretudo o da integralidade, sejam respeitados, é necessária a reorientação curricular das faculdades de Medicina, que em sua maioria, ainda se fundamentam na concepção flexneriana. Tal reestruturação deve visar a um profissional não apenas biomédico, mas integrado a outros saberes relacionados à saúde e que têm sido relegados¹⁹.

O professor expressa a necessidade de aprendizagem dos possíveis caminhos de desenvolvimento da integralidade em todo o período de graduação a fim de minimizar o exercício da medicina fragmentada:

“O conceito da integralidade é definido até na Constituição, junto com equidade e universalidade. Porém você faz toda uma estrutura pedagógica até o quarto ano e, no quinto e sexto ano, esvaece, desaparece e se reproduz, ao final da formação do aluno de Medicina, o mesmo modelo em que eu fui formado, que é a medicina fragmentada [...]” (PM)

As transformações ocorridas a partir da institucionalização do SUS trouxeram a necessidade de mudar o perfil de formação profissional. Porém, a substituição do sistema dominante de atenção à saúde, superespecializado, hospitalar e

centrado na doença, por modelos de atenção fundamentados na integralidade do cuidado ainda não foi conquistada e depende, em grande medida, do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde. É no descompasso entre a formação e as reais necessidades dos usuários do sistema que está o entrave da relação serviços e ensino em saúde. Segundo estudiosos, a integralidade das ações deve ser precedida pela integralidade do pensamento e do ensino²⁰.

Esse descompasso entre a prática assistencial e o que preconizam o Ministério da Saúde e as DCN faz emergir a necessidade de que todos os envolvidos no setor saúde — gestores, equipes de trabalho, instituições formadoras e a população — compreendam os múltiplos e possíveis caminhos da integralidade.

Os entrevistados expressam a necessidade de qualificação profissional por meio da educação permanente e continuada:

“[...] só vai melhorar a integralidade nas unidades quando o profissional tiver qualificação [...] tiver educação continuada, permanente [...]” (EM)

A educação continuada (EC) está dirigida às organizações, aos indivíduos e às profissões. Valoriza o conhecimento científico, é pontual e utilizada em cursos e treinamentos desenvolvidos com base no diagnóstico de necessidades individuais, na perspectiva de transformação da organização. Os estudiosos indicam também que tanto a EC quanto a educação permanente (EP) são potentes recursos para mudar a prática profissional no serviço de saúde²¹.

O Ministério da Saúde considera a EP como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da saúde. A EP pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, é desenvolvida tendo por base os problemas enfrentados na realidade e leva em conta conhecimentos e experiências que as pessoas já têm e, portanto, pode ser significativa. Um dos pilares da EP é a ruptura do apego excessivo às técnicas, tornando o atendimento ao usuário um exercício de observação das necessidades de saúde da pessoa e da comunidade, contemplando-as em todas as suas dimensões e lhes garantindo uma satisfação com o serviço²².

Os estudantes destacam a importância do cuidado biopsicossocial na formação acadêmica e na prática profissional:

“[...] os médicos formados há muito tempo às vezes têm essa visão de que não têm que ver muito esse lado psicológico [...] e acho que colocar isso na cabeça pelo menos dos estudantes, para que eles, sim, vejam que

não é assim que funciona. [...] ver mesmo o lado biopsicossocial do paciente”. (EE)

O relato do estudante indica a importância de colocar em um mesmo patamar os aspectos emocionais, orgânicos, sociais e espirituais que condicionam o estado de saúde, visando à reabilitação mediante o respeito aos direitos e valores²³. Tais aspectos devem estar presentes em qualquer nível de assistência à saúde, considerando a importância do olhar ampliado. Frente a essas condições, percebe-se a importância de seguir o que preconizam as DCN, com a articulação da teoria e prática voltadas ao cuidado integral do ser humano desde os primeiros anos do ensino acadêmico²⁴.

Para o desenvolvimento da integralidade, os participantes da pesquisa sugerem estratégias que permeiam o planejamento de uma estrutura curricular comprometida com a realidade da população, o que implica o cuidado para além do biológico, valorizando a clínica ampliada.

As instituições de formação devem estimular os estudantes a aprender a aprender, uma vez que a quantidade de informações a ser assimilada é extensa e requer constante atualização. Alguns autores abordam a mudança das relações entre academia, serviço e sociedade, em busca da articulação entre eles. Recomendam a necessidade de metodologias de ensino adequadas a uma nova lógica de interpretar e agir; o estímulo à produção de conhecimentos na área de Saúde Coletiva; a inserção do estudante no processo de trabalho e o investimento na formação de profissionais na perspectiva da integralidade²⁵.

Compreensão do SUS

A necessidade de compreensão do SUS tanto pela sociedade quanto pelos profissionais, gestores e comunidade também foi destacada. O professor de Enfermagem aponta alguns saberes necessários à sociedade, aos profissionais e aos gestores:

“[...] muito importante [...] não só a conscientização da sociedade [...] mas também a orientação do profissional [...] gestor [...] político [...] saber das suas atribuições [...] suas competências e [...] entender todo esse processo [...]” (PE)

A participação social é uma das diretrizes de operacionalização do SUS, e cabe aos gestores e profissionais conscientizar a população para que ela desenvolva sua autonomia e se oriente quanto às medidas de promoção e prevenção em saúde e quanto à participação e funcionamento do sistema⁶.

No que se refere ao aspecto da gestão, preconiza-se que no sistema de saúde deve haver articulação entre os níveis fede-

ral, estadual e municipal, e destaca-se a importância da descentralização devido às diversas realidades apresentadas pelos municípios e regiões do País. Desse modo, o gestor municipal assume o papel de planejar, organizar, controlar e avaliar as ações de saúde desenvolvidas nesse âmbito⁴. Deve, ainda, executar serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico, de saúde do trabalhador, bem como da política de insumos e equipamentos para a saúde⁶.

O acesso à informação sobre o sistema de saúde é um requisito para a prática do cuidado integral para os profissionais e para a população:

“[...] A curto prazo, seria a questão do acesso à informação tanto [...] do paciente quanto [...] do médico. O paciente deveria ser orientando sobre como funciona o sistema [...] realizar uma campanha bem autoexplicativa para divulgar [...] e esclarecer [...] o funcionamento do sistema de saúde público. Seriam três pilares: o entendimento do paciente, do médico e, a longo prazo, aumentar o nível de educação nacional.” (EM)

Muitos profissionais da área de saúde desconhecem como funciona e se articula o SUS, tornando-se válida a aproximação entre os ministérios da Educação e da Saúde, a fim de facilitar a implantação das diretrizes na prática²⁶.

A necessidade de criar condições que favoreçam a participação crítica e criativa dos vários setores da sociedade por meio da educação popular também é apontada²⁷. A integralidade pressupõe uma ação comunicativa pautada na escuta, no diálogo e na troca²⁸.

A intersectorialidade é também estratégia para o alcance da integralidade do cuidado nos serviços de saúde. O estudante sinaliza a necessidade de superar a fragmentação que impede a ação mútua das diversas políticas sociais:

“Tem que haver uma integralidade não só dentro da USF, mas entre a USF e as outras estruturas da sociedade, as escolas do bairro, o grupo de moradores, a prefeitura, a Secretaria do Meio Ambiente, de Saneamento Básico, de Saúde, de Educação [...]” (EM)

A intersectorialidade é também uma estratégia política complexa, que permite estabelecer decisões compartilhadas entre diferentes áreas governamentais, como Educação, Trabalho, Emprego, Habitação, Cultura e Segurança Alimentar, que instauram relações horizontais de parceria e interdependência entre serviços para garantir a integralidade das ações, a fim de formular, implementar e acompanhar políticas públicas que

possam exercer impacto positivo na saúde. A intersectorialidade permite ainda considerar o cidadão em sua totalidade, em suas necessidades individuais e coletivas, além de estimular a participação de movimentos sociais nos processos sobre a qualidade de vida e saúde da população²⁹. A esse respeito, outro estudo corrobora o conceito de que a intersectorialidade resulta da gestão integrada das políticas sociais e implica a articulação de saberes e experiências para superar a exclusão social³⁰.

Os estudantes apontam, ainda, a necessidade de integração e de comunicação entre os serviços de diferentes níveis de complexidade e entre os diferentes profissionais que os compõem:

“Fazer um tipo de cobrança desses médicos especialistas [...] contrarreferência, ajuda de outros profissionais, para a integralidade.” (EM)

O estudante aponta a referência e a contrarreferência como uma possibilidade de desenvolvimento da integralidade enquanto estratégia de gestão municipal que favorece o uso de todas as tecnologias possíveis e necessárias³¹.

A compreensão da rede de assistência à saúde estruturada pelo SUS implica o entendimento da atenção básica como porta de entrada do sistema, que, de acordo com o nível de complexidade assistencial requerido, referencia os demais serviços e setores especializados, de alto custo e alta tecnologia, com a finalidade de garantir a universalidade e a integralidade do cuidado⁸. A partir de setembro de 2011, passou a ser atribuição da Atenção Básica o gerenciamento da rede de cuidados em saúde no município³.

Nessa rede de assistência, cada um deve conhecer suas responsabilidades e o que é de sua competência, para poder agir de forma efetiva e intersectorial. A promoção de saúde exige, então, sua reaprendizagem conceitual por todos os atores envolvidos, considerando os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença³². Dessa forma, a incorporação de novos conhecimentos e a mudança de cultura do cuidado centrado na doença para o de promoção à saúde, sem hegemonia do poder técnico e com profissionais engajados em seu trabalho, são aspectos tão importantes quanto o apoio e a participação da sociedade nessa política de saúde³³.

Valorização profissional

De acordo com os participantes da pesquisa, destaca-se, também, a valorização dos profissionais integrados ao SUS:

“A valorização profissional vale muito também. Não é verba o que falta, é estímulo [...]” (EM)

É de fundamental importância uma política que estimule e valorize a construção da dignidade do trabalhador, com adoção de um plano de carreira que contribua para a construção de sua identidade⁸.

Além de tais aspectos, os estudantes reforçam a sugestão de que o exercício da integralidade poderia ser assegurado por meio de incentivo financeiro digno, o que faria com que o profissional de saúde se sentisse respeitado e valorizado:

“Sentir o apoio da Secretaria, do Governo [...] talvez um plano de carreira ajude a valorizar a profissão [...] o profissional se sentindo valorizado, respeitado, sendo bem pago, ele vai atrás das coisas [...]” (EM)

Uma pesquisa sobre a motivação dos médicos para atuar na ESF indica que, embora acreditem no projeto, esses profissionais demonstram descontentamento quanto ao salário e à valorização de seu trabalho por colegas da área e pelos usuários. Acreditam, ainda, que o governo deveria associar a teoria do SUS com a realidade do País, para maior aplicabilidade³⁴.

O MS aponta também a importância de estruturar uma política de cargos e salários que contemple uma carreira profissional em todas as suas dimensões, tendo em vista a pouca valorização do trabalho em saúde⁸. O intenso trabalho desenvolvido nesse setor alerta para a necessidade de flexibilização no sentido de agregar a tecnologia necessária ao cuidado e, ao mesmo tempo, respeitar os direitos sociais dos trabalhadores, a fim de estimulá-los a manter seus cargos. Preocupado com as condições dos profissionais, o Ministério da Saúde, em 2003, criou o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, que tem por objetivo implementar políticas e diretrizes que promovam a desprecarização do trabalho no sistema³⁵.

Além da precarização do trabalho na área da saúde, estudiosos apontam outros aspectos que dificultam o real desenvolvimento da formação preconizada em nosso país, relacionados ao trabalho docente nesse âmbito: despreparo pedagógico do docente; organizações tradicionais centradas no conteúdo e no professor, acarretando avaliação punitiva e opressora; vínculo precário das contratações parciais; resistência às mudanças; complexidade dos cenários de aprendizagem; insegurança e corporativismo entre os docentes médicos³⁶.

Além disso, a organização curricular requerida nas DCN, para formação em saúde, deve buscar o desenvolvimento de competência profissional, o que demanda aprendizagem a partir do que se observa no mundo do trabalho. Essa modalidade de ensino-aprendizagem requer o comprometimento do docente para o alinhamento dos pressupostos curriculares às práticas profissionais e um complexo sistema de avaliação da aprendizagem³⁷.

Desse modo, ao refletirem sobre os aspectos que são importantes para o avanço da integralidade na assistência à saúde, os participantes destacaram a reconfiguração, com o envolvimento de todos os atores, dos cursos de graduação em saúde em consonância com as DCN e o SUS. Essa reorientação requer a aproximação entre teoria e prática como estratégia para o desenvolvimento da competência profissional; a comunicação efetiva e eficaz; o trabalho em equipe, para compreensão das necessidades de saúde; a intersetorialidade; a qualificação profissional por meio da EP e EC; e, fundamentalmente, o conhecimento em amplitude e profundidade do sistema de saúde vigente, que, na atualidade, também implica a compreensão sobre as RAS e a importância de sua implementação para a melhoria do cuidado à saúde da população.

CONCLUSÃO

Considerando o objetivo desta pesquisa, as principais sugestões dos professores e estudantes para o desenvolvimento da integralidade demonstram a importância do remodelamento da formação e da assistência em saúde.

Para a compreensão da integralidade e um desempenho profissional nela fundamentado, é importante que o estudante tenha contato com a realidade do SUS desde os primeiros anos de graduação e desenvolva a capacidade de aprender a aprender. Fica evidente que a integralidade, devido a sua polissemia e polifonia, que a tornam complexa, não pode ficar restrita a uma diretriz. É necessário perceber no cotidiano dos serviços a postura e as ações fundamentadas nesse princípio e, assim, apresentar sua visibilidade e impacto no SUS.

Entendemos que a visão dos profissionais e estudantes inseridos neste sistema pode contribuir para uma reflexão sobre os possíveis caminhos da integralidade, que, para muitos profissionais, gestores, professores, estudantes e comunidade, ainda se apresenta como uma visão objetiva ou utópica. Assim, a integralidade deve representar uma meta a ser alcançada para a melhoria da qualidade da assistência prestada à saúde da população. Com a reflexão desenvolvida neste estudo, esperamos contribuir para o alcance dessa meta.

REFERÊNCIAS

1. Mattos RA. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. orgs. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2003. p. 45-59.
2. Pinheiro R, Guizardi FL. Quando a Dádiva se Transforma em Saúde: algumas reflexões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: Pinheiro R, Mattos RA, org. Cuidado: as fronteiras da integrali-

- dade. Rio de Janeiro: Hucitec/UERJ-IMS: ABRASCO; 2004. p. 37-56.
3. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
 4. Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
 5. Brasil. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
 6. Brasil. Lei nº 8080, 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 [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 1990. [citado 2010 jun 30] disponível em: [HTTP://www.planalto.gov.br/ccivil_03leis/8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03leis/8080.htm)
 7. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev Saúde Publica*. 2006; 40(4):727-33.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de apoio à Descentralização. SUS de A à Z: garantindo a saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
 9. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública* 2004; 20(5):1411-6.
 10. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde In: Pinheiro R, Mattos RA, org. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2001. p.113-26.
 11. Cecílio LCO, Merhy EE. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. In: Pinheiro R; Mattos RA, Orgs. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2003. p. 197-210.
 12. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n. 1133, de 7 agosto de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. *Diário Oficial da União*. Brasília, 3 out. 2001; seção 1E, p. 131.
 13. Stella RCR, Abdalla IG, Lampert JB, Parim GL, Silva RHA, Costa NMSC. Cenários de Prática e a Formação Médica na Assistência em Saúde. *Rev Bras Educ Méd* 2009; 33 (Supl 1): 63-9.
 14. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Rev Bras Educ Méd*. 2008; 32(3): 356-62.
 15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
 16. Morgan DL, Krueger RA. The focus group kit: developing questions for focus groups. Thousand Oaks: Sage; 1998. v. 3.
 17. Sena RR, Duarte ED. Contribuição para a construção do percurso metodológico do Projeto Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. In: Chianca TCM, Antunes MJ, org. A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva — CIPESC. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 1999. p. 325-33.
 18. Gomes R. Análise e interpretação dos dados de pesquisa qualitativa In: Minayo, MCS, org. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
 19. Ciuffo RS, Ribeiro VMB. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? *Interface Comum saúde Educ*. 2008; 12(24):125-40.
 20. González AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciência Saúde Coletiva*. 2010; 15(3):757-62.
 21. Peduzzi M, Del Guerra DA, Braga CP, Lucena FS, Silva GAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface Comum Saúde Educ*. 2009; 13(30):121-34.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
 23. Fontoura RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Rev Bras Enferm* 2006; 59(4): 532-6.
 24. Campos GWS. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica: diretrizes. *Cad Abem*. 2007; 3:7-10.
 25. Oliveira GS, Koifman L, Marins JJJN. A busca da integralidade nas práticas de saúde e a diversificação dos cenários de aprendizagem: o direcionamento do curso de medicina da UFF. In: Pinheiro R, Mattos RA, org. Cuidado: as fronteiras da integralidade. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2005. p. 307-19.
 26. Rossoni E, Lampert J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. *Bol Saúde*. 2004; 18(1):87-98.
 27. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface Comum Saúde Educ*. 2004; 8(15):259-74.

28. Xavier C, Guimarães C. Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: Pinheiro R, Mattos RA, org. Cuidado: as fronteiras da integralidade. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2005. 133-55.
29. Junqueira LAP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saúde Soc.* 2004; 13(1): 25-36.
30. Junqueira LAP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. *Saúde Soc.* 1997; 6(2):31-46.
31. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, org. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2003. p. 197-210.
32. Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface Comum Saúde Educ.* 2003; 7(12):101-22.
33. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciêns Saúde Coletiva.* 2007; 12(2):455-64.
34. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev Bras Educ Méd.* 2009; 33(3):382-92.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: Desprecarização do trabalho no SUS: perguntas & respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
36. Garcia MAA, Silva ALB. Um perfil do docente de medicina e sua participação na reestruturação curricular. *Rev Bras Educ Méd.* 2011; 35(1):58-68.
37. Santos WS. Organização curricular baseada em competência na educação médica. *Rev Bras Educ Méd.* 2011; 35(1): 86-92.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Os participantes contribuíram de modo substancial em todas as etapas do estudo: concepção e desenho, obtenção e análise dos dados, desde a elaboração inicial até a revisão do artigo para encaminhamento à publicação.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Faculdade de Medicina de Marília
Rua Avenida José de Grande, nº 332
Jardim Parati – Marília
CEP: 17519 470 – SP
E-mail: hirifael@gmail.com