



Percepção de enfermeiros acerca da demanda social à luz do princípio da integralidade ***Nurses' perception about social demand in the light of the principle of integrality*** ***Percepción de enfermeros sobre la demanda social a la luz de la integralidad***

Sueli Rodrigues de Azevedo 

Universidade do Estado da Bahia - Guanambi (BA) - Brasil

Ricardo Bruno Santos Ferreira 

Universidade do Estado da Bahia - Guanambi (BA) - Brasil

Mônica Oliveira Rios 

Universidade Estadual de Feira de Santana – Feira de Santana (BA) - Brasil

Bárbara Teixeira Carvalho 

Universidade do Estado da Bahia - Guanambi (BA) - Brasil

Climene Laura de Camargo 

Universidade Federal da Bahia - Salvador (BA) - Brasil

RESUMO

Objetivo: Identificar a percepção de enfermeiros acerca da demanda social e da aplicação do princípio da integralidade na Estratégia Saúde da Família. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, desenvolvido com 20 enfermeiros em um município referência do Território Sertão Produtivo da Bahia, Brasil. Os dados foram coletados através de entrevista norteada por um roteiro semiestruturado e sistematizados através da análise de conteúdo temático. **Resultados:** Verificou-se dubiedade nas interpretações acerca da demanda social da população na Estratégia Saúde da Família, pois uma parcela dos enfermeiros tem dificuldade em compreender as necessidades da comunidade, enquanto outros possuem uma percepção holística acerca da temática. Além disso, percebeu-se que a integralidade pode ser utilizada pelos profissionais como instrumento da prática diária para a compreensão, reflexão e ação diante das demandas sociais apresentadas pela população. **Conclusão:** Constatou-se que, através da integralidade, o profissional pode compreender as questões sociais, econômicas, políticas e culturais da população, algo determinante na construção de intervenções efetivas e específicas para cada realidade.

Descritores: Sistema Único de Saúde; Integralidade em Saúde; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify nurses' perception of social demand and the application of the principle of integrality in the Family Health Strategy. **Methods:** This is a qualitative and descriptive study, carried out with 20 nurses in a reference municipality in the Território Sertão Produtivo da Bahia, Brazil. The data were collected through interviews guided by a semi-structured script and systematized through the analysis of thematic content. **Results:** There was doubt in the interpretations about the social demand of the population in the Family Health Strategy, as a portion of nurses has difficulty in understanding the needs of the community, while others have a holistic perception of the theme. Besides, it was realized that integrality could be used by professionals as an instrument of daily practice for understanding, reflection, and action in the face of social demands presented by the population. **Conclusion:** It was found that, through comprehensiveness, the professional can understand the social, economic, political, and cultural issues of the population, something decisive in the construction of effective and specific interventions for each reality.

Descriptors: Unified Health System; Integrality in Health; Health Services Needs and Demand.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la percepción de enfermeros sobre la demanda social y de la aplicación del principio de la integralidad de la Estrategia Salud de la Familia. **Métodos:** Se trata de un estudio cualitativo y descriptivo desarrollado con 20 enfermeros de un



Este artigo está publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho seja corretamente citado.

Recebido em: 09/12/2019

Aceito em: 13/04/2020

municipio referencia del Territorio Campo Productivo de Bahía, Brasil. Se ha recogido los datos a través de entrevista norteadada por una guía semiestructurada y sistematizada a través del análisis de contenido temático. Resultados: Se verificó la ambigüedad de las interpretaciones sobre la demanda social de la población de la Estrategia Salud de la Familia pues una parte de los enfermeros tienen dificultad para la comprensión de las necesidades de la comunidad mientras otros tienen una percepción integral de la temática. Además, se ha visto que la integralidad puede ser utilizada por los profesionales como instrumento de práctica diaria para la comprensión, la reflexión y la acción ante las demandas sociales presentadas por la población. Conclusión: Se constató que, a través de la integralidad, el profesional puede comprender las cuestiones sociales, económicas, políticas y culturales de la población que son determinantes para la construcción de intervenciones efectivas y específicas de cada realidad.

Descriptor: Sistema Único de Salud; Integralidad en Salud; Necesidades y Demandas de Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

A década de 1980 foi repleta de reformas nos campos político e social, com destaque para a busca pela redemocratização do país através do movimento das Diretas Já e pelo acesso amplo à saúde através da Reforma sanitária. A expressão Reforma sanitária foi utilizada para se referir ao conjunto de ideias a respeito das modificações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população⁽¹⁾. A principal consequência das mobilizações sociais mencionadas foi a reconstrução da democracia, materializada na Constituição Federal de 1988, que garantiu o direito universal à saúde, criando o pilar central para a concretização do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Nesse contexto, a saúde passou a ser conceituada como um direito de todos e um dever do Estado, tendo como princípios o acesso universal e equitativo e a assistência baseada na integralidade⁽¹⁾.

Mesmo com esse movimento pujante que culminou na construção do SUS, a história brasileira é marcada por um modelo de assistência curativista e hospitalocêntrico, centrado na consulta médica, no qual a saúde é vista como ausência de doença e, logo, espera-se o sujeito ficar doente para curá-lo⁽²⁾. O modelo curativista não leva em conta os problemas que provocam a enfermidade, o que inviabiliza o direcionamento para uma pauta preventiva. Logo, pode-se perceber que o modelo hospitalocêntrico amplia as desigualdades, dado o acesso limitado à rede pública⁽²⁾.

Na tentativa de superar o modelo hegemônico centrado em práticas curativas e na atenção médico-hospitalar, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa de Saúde da Família, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). O programa possibilitou ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e fomentar o compromisso com as necessidades dos usuários, sobretudo os mais vulneráveis, auxiliando no combate às desigualdades⁽³⁾.

Essa vulnerabilidade ocorre porque a desigualdade e a pobreza geram demandas enormes na população que passam a ser determinantes no processo de saúde-doença. Os determinantes sociais em saúde estão vinculados à moradia, à alimentação, à escolaridade, à renda, ao emprego e à cultura, sendo que sua conexão com a saúde não é uma simples relação de causa e efeito, uma vez que pode levar ao surgimento de demandas materiais e imateriais⁽⁴⁾.

A integralidade, um dos princípios norteadores do SUS, orienta a assistência à saúde holística com respeito à individualidade dos sujeitos, objetivando garantir a produção de cidadania no cuidado em saúde através da interação do usuário com o profissional, com observação constante aos determinantes sociais em saúde⁽⁵⁾.

Nesse aspecto, para que a prestação do cuidado seja integral, é necessário que sua assistência seja guiada pelos problemas apresentados pelo usuário, o que exige do enfermeiro da ESF um vasto conhecimento teórico, técnico e habilidade política. A integralidade, como objeto do presente estudo, é fundamental para nortear a atuação desse profissional, uma vez que a ESF se configura como a porta de entrada no SUS. Trata-se, assim, de um enorme desafio, uma vez que a estrutura socioeconômica vigente no Brasil impõe limitações ao exercício dessa integralidade pela a situação de pobreza que afeta milhares de pessoas⁽⁶⁾.

Balizar a atuação profissional a partir da integralidade traz à luz outros conceitos, como a transversalidade, bastante discutida na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)⁽⁷⁾. A PNPS exige que se compreenda o indivíduo como sujeito social, histórico e político, e que os diversos setores da sociedade, institucionalizados ou não, são corresponsáveis pela promoção da saúde da população. A partir disso, o estudo apresenta a seguinte pergunta de pesquisa: de que forma os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família aplicam o princípio da integralidade da assistência para atender às demandas sociais da população?

O presente estudo revela-se importante, pois coloca o profissional para discutir a sua assistência no âmbito do SUS, verificando se conhecem, desconhecem e/ou confundem o significado de integralidade, aplicando-os ou não em seu cotidiano. Nesse sentido, tem-se como objetivo identificar a percepção do enfermeiro acerca da demanda social e da aplicação do princípio da integralidade na Estratégia Saúde da Família.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa⁽⁸⁾, de caráter descritivo, desenvolvida na Estratégia Saúde da Família de um município referência no Território Sertão Produtivo, no estado da Bahia, Brasil, que abrange 19 municípios, com uma população estimada de 448.278 mil habitantes⁽⁹⁾. O município contava, no ano da atual pesquisa, com vinte unidades de saúde, sendo dezesseis unidades na zona urbana e quatro unidades na zona rural.

Participaram do estudo todos os 20 enfermeiros que atuavam na Estratégia Saúde da Família do município. Os enfermeiros foram convidados a participar do estudo individualmente e em seu local de trabalho, havendo a apresentação do tema, objetivo e metodologia do estudo e agendamento das entrevistas após o aceite. As entrevistas ocorreram no período de novembro e dezembro de 2017, nas dependências da unidade de saúde de atuação dos entrevistados.

Utilizou-se uma entrevista norteada por um roteiro de perguntas semiestruturado⁽⁸⁾ como técnica para coleta de dados. O roteiro semiestruturado conteve duas questões: uma relacionada à integralidade e outra sobre demandas sociais. Para obtenção de maior fidedignidade, realizou-se a gravação das entrevistas e, posteriormente, a transcrição na íntegra. As entrevistas eram realizadas em ambiente reservado, com duração de 20 minutos cada, em clima de cordialidade entre entrevistado e entrevistador.

Para organização dos dados, os resultados obtidos foram sistematizados a partir da análise de conteúdo, guiada por três fases prescritas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação⁽¹⁰⁾. A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado, objetivando torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais.

A segunda fase trata da exploração do material, consistindo na definição de categorias (sistemas de codificação) e na identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar correspondente ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro).

A terceira fase refere-se ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Essa etapa é dedicada ao tratamento dos resultados, ocorrendo nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais. É o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica⁽¹⁰⁾. Organizaram-se os resultados em duas categorias, “Dubiedade sobre a concepção de demanda social na Estratégia Saúde da Família” e “Integralidade como instrumento de compreensão das demandas sociais”, que nortearam as discussões, as quais serão apresentadas mais adiante.

Salienta-se que o estudo obedeceu todos os preceitos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, disciplinados pela Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Bahia (Uneb) e aprovado sob o Parecer n.º 1.845.494. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a garantia do anonimato, identificou-se cada participante pela sigla “Enf.” seguida de algarismos arábicos em ordem crescente, variando do ENF01 até o ENF20.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão apresentadas, a seguir, as duas categorias que emergiram do estudo: “Dubiedade sobre a concepção de demanda social na Estratégia Saúde da Família” e “Integralidade como instrumento de compreensão das demandas sociais”.

Dubiedade sobre a concepção de demanda social na Estratégia Saúde da Família

Nesta categoria evidencia-se uma dubiedade na percepção de demanda social, pois alguns profissionais têm dificuldade em compreender as necessidades da comunidade, enquanto outros possuem uma percepção holística acerca da temática.

Sabe-se que, com a implantação da ESF, tornou-se possível o planejamento das ações voltadas para grupos de risco e seus determinantes, como os de natureza comportamental, alimentar e ambiental, com a finalidade de

prevenir doenças e danos evitáveis. A ESF está pautada em uma visão ativa da intervenção em saúde, cuja finalidade não é esperar a população chegar ao serviço de saúde, mas interagir com ela preventivamente, reorganizando a demanda dos serviços prestados⁽¹¹⁾.

Dessa forma, percebe-se que os profissionais que atuam na ESF utilizam dessa interação para atuar nas demandas apresentadas pela população. Contraditoriamente, mesmo com o reconhecimento do caráter multifatorial das demandas e necessidades, os serviços do Programa Saúde da Família permanecem funcionando em sua forma tradicional, elaborando ações pontuais e, muitas vezes, desconexa com a gênese da demanda apresentada⁽¹²⁾.

Por não discutir essas demandas sociais de maneira profunda, a prática atual torna-se obsoleta, uma vez que não são considerados os reais motivos das queixas, fazendo com que o sujeito retorne frequentemente com a mesma necessidade⁽¹²⁾.

A dificuldade em compreender as necessidades da comunidade é refletida e exemplificada na fala de entrevistados, quando questionados sobre o que compreendem como demandas sociais:

“[É] procurar um serviço por diversos motivos”. (ENF02)

“... existem os protocolos de atendimento e programas de acordo com as queixas dos pacientes. Seguimos orientações do protocolo, por exemplo: em casos de crise hipertensiva em que a medicação não está surtindo efeito, a equipe avalia o quadro clínico do paciente e busca solucionar o problema. Na maioria das vezes, altera a dosagem da medicação de uso contínuo ou prescreve mais um anti-hipertensivo.” (ENF03)

O conceito de demanda social na saúde ultrapassa o nível de acesso a serviços e tratamentos médicos, envolve transformações societárias e, mais que isso, envolve aspectos éticos relacionados ao direito à vida e à saúde⁽¹³⁾, sendo produto de relações sociais com o meio físico, social e cultural.

Os fatores que determinam as demandas sociais em saúde podem ser classificados em quatro grandes conjuntos: boas condições de vida, acesso às grandes tecnologias que melhoram ou prolongam a vida, criação de vínculos efetivos entre os usuários e a equipe dos sistemas de saúde, e as necessidades que estão ligadas aos graus de crescente autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, o que vai além da informação e da educação⁽¹⁴⁾.

Percebe-se que outros autores^(13,14) compreendem as demandas sociais como um conjunto de necessidades complexas, que envolvem vertentes sociais, econômicas e tecnológicas. As colocações dos entrevistados Enf02 e Enf03 demonstram que profissionais da ESF possuem dificuldades para superar a visão simplista, biomédica e tradicional do complexo saúde-doença, o que implica na necessidade de uma formação profissional voltada para a compreensão do mundo da forma como ele é apresentado, sem roteiro ou protocolos prévios.

Um estudo⁽¹⁵⁾ afirma que o modelo de ensino reducionista, com conteúdos fracionados e simplificados, prevalece na formação do profissional enfermeiro. O predomínio de práticas fragmentadas e não conjuntural dificulta a compreensão e abordagem do sujeito como ser humano integral, único, holístico e multidimensional.

Esse conhecimento complexo é transmitido através de métodos de ensino tradicional, rígidos e mecânicos, não sendo, em muitas situações, oportunizado aos discentes condições de estabelecer relação com o ambiente em que está inserido, impossibilitando o desenvolvimento do senso crítico e analítico⁽¹⁵⁾.

De forma mais complexa, os entrevistados apontaram o conceito de demandas sociais sob outra ótica, levantando fatores que extrapolam a visão tradicional, como pode ser visto nas falas a seguir:

“São as demandas apresentadas pelos indivíduos, como falta de renda/emprego, perspectiva de vida, falta de higiene, violência doméstica etc.” (ENF04)

“São todas as questões relacionadas ao meio em que o indivíduo está inserido, de ordem pública, comunitária, social, familiar.” (ENF05)

“Fatores da vida do indivíduo ou da comunidade que possam influenciar o processo de saúde-doença.” (ENF06)

Verifica-se que os participantes da pesquisa compreendem de formas variadas o que são demandas ou necessidades sociais. As falas supracitadas apontam que as demandas sociais devem ser compreendidas de forma abrangente e ilimitada, considerando fatores sociais, políticos e econômicos.

As necessidades em saúde não são apenas problemas de saúde como doenças, sofrimentos ou riscos, mas dizem respeito também a carências ou vulnerabilidades que expressam modos de vida⁽¹⁶⁾. Acredita-se que os serviços de saúde, quando se organizam com foco nas necessidades da população, tendem a ser mais eficientes, visto que

podem desenvolver maior capacidade para uma escuta qualificada para, posteriormente, atender às necessidades comunitárias de forma integral.

A ESF tem como alvo não só expandir o acesso às ações de saúde, mas originar a integralidade do cuidado através ações de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos, de vigilância em saúde, de recuperação e reabilitação, e de ações educativas individuais e coletivas⁽¹⁷⁾.

Essas ações devem ser contextualizadas de forma ampla com a realidade da comunidade, levando em consideração o modo de viver e adoecer e todas as demandas do indivíduo. Por isso, questionou-se aos participantes se a comunidade apresenta para a ESF suas demandas sociais e de que forma a instituição responde a elas:

“As demandas sociais são percebidas principalmente nas visitas domiciliares, em grupos de educação em saúde e consulta individual. Tentamos resolver com orientações, juntamente com o NASF ou encaminhamento para outros serviços (CRAS, CREAS). Dentro da unidade há procura para contar sobre os problemas que eles têm em casa, principalmente agressões, não tanto físicas, mas a psicológica e o uso de drogas. No bairro, o número de agressões verbais e o uso de drogas são grandes. A comunidade apresenta uma carência muito grande, pois tem casa que não tem energia elétrica nem água encanada.” (ENF07)

“Sim, [nas] visitas domiciliares, atividade de grupos. Aqui é grande a violência por causa do tráfico de drogas, briga entre traficantes, gravidez na adolescência e sem planejamento também. A comunidade é muito carente, a pobreza é muito grande.” (ENF08)

“Sim, gravidez na adolescência, drogas, estupro... Encaminhamos para setores correspondentes para ajudar.” (ENF09)

Através do relato dos enfermeiros, observam-se demandas importantes e estruturais, com destaque para a vulnerabilidade socioeconômica, tráfico e uso de drogas, e violência familiar.

Ressalta-se a importância do profissional de Enfermagem, uma vez que esses profissionais são agentes importantes no processo de transformação social por meio da promoção e educação em saúde e, até mesmo, no processo de reinserção social. É na promoção da saúde que o enfermeiro pode e deve transformar a realidade da própria profissão, resgatando as condições existentes para o desenvolvimento de um modelo de trabalho de enfermagem autônomo e de maior impacto nos campos de prevenção, promoção e proteção à saúde^(18,19).

A violência citada pelos profissionais é um problema amplo e multifacetado, que se manifesta através de agressões de gênero, sexuais, verbais, conjugais, físicas e psicológicas. Nesses casos, requer um olhar diferenciado do profissional, capaz de direcionar o atendimento individualizado para as necessidades do indivíduo que sofreu uma ou várias formas de violência, adotando uma postura capaz de escutar, acolher e proporcionar soluções para o problema⁽²⁰⁾.

Além disso, é imprescindível o aprofundamento da investigação, possibilitando que a enfermagem não esteja limitada a um olhar que apenas contempla os sinais e sintomas, mas, sim, envolvida na busca de instrumentos que lhes permitam identificar a história da violência, para que possa realizar o acolhimento com qualidade, com orientação sobre a necessidade de denúncia das agressões e encaminhamento para outros setores da saúde.

Percebe-se, também, que situações de violência são derivadas da vulnerabilidade econômica nas periferias, além do agravante do tráfico e uso de drogas, que dificultam a inserção social de parte dos jovens. Como mencionado pelos entrevistados, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) são importantíssimos, visto que oferecem serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos, como violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, entre outras⁽²¹⁾.

Pode-se perceber nas falas dos profissionais que a visita domiciliar é um dos meios mais importantes para poder identificar as necessidades dos usuários da ESF. De acordo com um estudo⁽²²⁾, ao chegar no domicílio do paciente, o profissional consegue ampliar suas ações e interações com a família, e não pondera somente os problemas expostos pelo paciente, mas identificam também os fatores sociais, econômicos e culturais, os recursos disponíveis no domicílio, as condições de higiene e segurança, e o grau de esclarecimento da família em relação ao processo saúde-doença.

É necessário ponderar que a multiculturalidade é um tema no qual o enfermeiro da ESF deve ter atenção. Não é raro observar pessoas de diferentes raças e culturas em busca de respostas para os seus problemas de saúde. Acredita-se que essa diversidade cultural traz a oportunidade de conhecer e compreender formas diferentes de ver e estar na vida⁽²³⁾. Pode-se perceber que os profissionais entrevistados possuem diferentes interpretações sobre o conceito de demanda social e possuem formas diferentes de enfrentamento. Essa diversidade pode dificultar a

assistência prestada pela dificuldade de parte dos entrevistados de superar alguns conceitos remanescentes do modelo biomédico⁽²³⁾.

Porém pensa-se que através do reconhecimento dessa dubiedade pode-se, enfim, superar os antigos conceitos, substituindo-os por um novo conhecimento, pautado na integralidade e na horizontalidade e capaz de compreender a comunidade em todas as suas vertentes.

A integralidade como princípio de compreensão das demandas sociais

Através desta categoria é possível constatar que a integralidade pode ser utilizada pelos profissionais como instrumento da *práxis* diária para a compreensão, reflexão e ação diante das demandas sociais apresentadas pela população.

O princípio da integralidade, definido na Lei n.º 8.080/90, norteia que as práticas devem proporcionar todo o tipo de assistência que o sujeito necessitar, envolvendo ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde. Nesse sentido, a integralidade da assistência à saúde consiste no direito que as pessoas têm de serem atendidas no conjunto de suas necessidades⁽²⁴⁾.

Ao serem questionados sobre a temática, os entrevistados demonstraram uma compreensão que se aproxima com o discutido por outro estudo⁽²³⁾, como visto nas falas a seguir:

“[A integralidade] é olhar o indivíduo e suas necessidades, não enxergar apenas um doente, devendo buscar entender o que está causando a doença.” (ENF03)

“Assistência de forma holística à comunidade. Poder enxergar a comunidade de forma coletiva, com ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, esses são indivisíveis. Para entender o ser humano a equipe de enfermagem deve entender de onde veio o paciente e estar atento à sua história.” (ENF05)

O posicionamento dos entrevistados Enf03 e Enf05 aproxima-se de um estudo que buscou compreender as concepções das enfermeiras acerca da integralidade⁽²⁵⁾. Constataram que a integralidade é percebida como um conjunto de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos, nos distintos níveis de complexidade do sistema, mas que tem sempre um único ponto de partida: as demandas individuais dos usuários dos serviços de saúde, suplantando a fragmentação do cuidado.

A integralidade é a busca por valores que merecem ser defendidos, que dizem respeito à afirmação da saúde, da qualidade de vida, da integridade do ser humano, na vigência total de sua subjetividade, autonomia, responsabilidade e identidade⁽²⁶⁾. A integralidade é o princípio do SUS que mais se confronta com o modelo hegemônico do sistema, podendo ser definida como uma bandeira de luta do sistema de saúde. Ela envolve o ato de cuidar das pessoas por meio de ações coesas e interligadas⁽²⁷⁾.

No entanto a atenção à saúde ainda demonstra umas *práxis* fragmentada, resultando em segregação do indivíduo e desconsideração do contexto em que se insere, o que levanta a ressalva que, apesar de todos os avanços no sistema, ainda há a necessidade de grandes avanços na aproximação entre o prescrito e o vivenciado⁽¹⁷⁾. Os entrevistados Enf12 e Enf16 discutiram o princípio da integralidade à luz de vertentes não abordadas pelos demais autores ao discutirem sobre necessidades imediatas e questões socioeconômicas:

“Atender o indivíduo como um todo, e não como peças separadas. Saber ouvir e interpretar as suas necessidades momentâneas.” (ENF 12)

“Quando você atende a pessoa como um todo, como um ser humano, uma pessoa, não como um doente, uma parte dele que precisa ser cuidada; é respeitando essa pessoa, acolhendo dentro da Unidade; se ela não pode ir à unidade, é você se dispor para ir à comunidade, atender ela na melhor forma possível, sem restrições, sem distinguir todas as questões de cor, raça e condições sociais”. (ENF 16)

A abordagem do profissional de saúde atuando através do princípio da integralidade não deve se restringir à assistência curativa, buscando dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, a execução de ações preventivas, a exemplo da educação para a saúde. Um autor⁽¹⁴⁾ contrapõe o discurso do Enf12 por compreender que as ações integrais são permanentes, extrapolando os limites das necessidades momentâneas e pontuais, como sugere o entrevistado.

Pode-se notar que, apesar da diversidade acerca do entendimento da proposta da integralidade, existe consenso que esse princípio materialize-se enquanto direito. Por isso, as práticas em saúde requerem uma reflexão crítica, tanto no modo de agir na saúde e seus processos de trabalho como na busca da desfragmentação de seus saberes e práticas sem perder suas especificidades.

Questionou-se, também, se a integralidade é importante para compreensão das demandas sociais da população e de que forma, caso a resposta fosse afirmativa. As repostas dos enfermeiros complementaram as obtidas na identificação do conceito de integralidade, o que mostra que parte deles utiliza a matriz teórica que possuem de integralidade para instrumentalizar a operacionalização da sua prática no âmbito da Atenção Básica:

“(...) Tem que enxergar o indivíduo de forma integral, porque se o indivíduo chegar aqui e tratar a diarreia, eu tenho que saber como é a água, o tratamento do esgoto a alimentação desse indivíduo. Tenho que ver de forma integral, não como uma parte, mas como um todo.” (ENF16)

“Sim. Quando o usuário é atendido pelo profissional que usa a integralidade da assistência, o foco do atendimento não é apenas tratar uma doença, mas perceber as causalidades e agravantes do problema de saúde desse usuário, buscando solucionar da melhor maneira possível as problemáticas apresentadas.” (ENF19)

As falas acima demonstram que o processo de trabalho deve ser composto por ações de saúde com foco na integralidade da assistência para se compreender e responder às demandas sociais. Ao levantar a discussão acerca do saneamento básico, Enf16 aponta para a necessidade de discussão acerca das grandes desigualdades sociais e distribuição de renda, o que dificulta a aquisição de direitos básicos como esgotamento sanitário, abastecimento de água, limpeza urbana e tratamento de lixo⁽²⁸⁾.

Dessa forma, os levantamentos e reflexões do estudo colaboram com a Política Nacional de Promoção à Saúde, impactando diretamente em dois princípios: a integralidade no reconhecimento da complexidade, potencialidade e singularidade de indivíduos, grupos e coletivos, e o apoio à formação e à educação permanente em promoção da saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde⁽²⁹⁾.

O presente estudo também corrobora pesquisas e conceitos já existentes quando aponta a necessidade de investimentos em educação permanente com profissionais de ESF para ampliar a discussão das demandas sociais da comunidade em que atua à luz do princípio da integralidade. Para os autores, avançar nas práticas pedagógicas, ante o processo de trabalho, ampliando a reflexão e a percepção do conceito sobre saúde, se tornam essenciais no processo de construção da integralidade como eixo da formação⁽³⁰⁾.

A integralidade talvez seja o princípio mais desafiador do SUS, visto ser responsável por direcionar o organização dos serviços, envolvendo os saberes dos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença, em busca de sempre alcançar, nos planos da gestão e da assistência, a qualidade técnica do trabalho aliada ao sentido político de direitos e cidadania envolvidos na construção de um cuidado efetivo da saúde⁽³¹⁾.

Percebe-se, assim, que o princípio da integralidade do SUS pode ser utilizado pelos profissionais como instrumento da *práxis* diária, como na compreensão, reflexão e ação diante das demandas sociais apresentadas pela população, em toda a sua complexidade social, econômica e cultural.

Diante disso, acredita-se que materializar a integralidade é também uma responsabilidade social, pois a equipe multiprofissional deve agir ativamente no processo de prevenção de doenças para proporcionar qualidade de vida. Em seu campo de atuação, o enfermeiro, como membro da equipe, torna-se sujeito indispensável para educar, no sentido de promover saúde, difundir conhecimento e solicitar as intervenções que se fizerem necessárias diante das demandas sociais apresentadas pela comunidade⁽²³⁾.

Defende-se, assim, a importância de os profissionais terem clareza do conceito de necessidades sociais, instrumento de compreensão e resposta às demandas, pois o cuidado holístico deve fazer parte do contrato universal dos profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

Por meio do presente estudo identificou-se a existência de diferentes formas de percepção acerca da integralidade e das demandas sociais na Estratégia Saúde da Família. Em grande parte, a integralidade revelada nos depoimentos denota uma visão ampliada das necessidades de saúde dos usuários, para além do antagonismo saúde-doença. Para isso, os profissionais utilizam de espaços formais e não formais, com destaque para a visita domiciliar, visto que se trata de um espaço de observação e conhecimento do contexto familiar.

Por outro lado, notou-se a existência de profissionais que possuem dificuldade em compreender as demandas sociais a partir do princípio da integralidade, sugerindo a necessidade de uma discussão ampliada sobre o processo de formação do profissional enfermeiro norteador pelo Sistema Único de Saúde, a fim de superar o processo de fragmentação no cuidado.

Constatou-se, também, que o estudo do princípio da integralidade pode contribuir com os profissionais de saúde para melhor compreender a comunidade a qual a equipe presta assistência. Assim, através da integralidade, o

profissional poderá compreender as questões sociais, econômicas, políticas e culturais que cercam a população, algo determinante na construção de intervenções efetivas e específicas para cada realidade.

Acredita-se que o presente estudo possa contribuir com os profissionais na busca pela ampliação da discussão das demandas sociais na Estratégia Saúde da Família, bem como na materialização prática do princípio da integralidade no serviço de saúde, uma vez que ficou constatado que o cuidado holístico está intrinsecamente conectado às demandas da comunidade.

Para além do setor saúde, o estudo também sugere que outras áreas, como educação e assistência social, necessitam aprofundar uma discussão a respeito do significado da integralidade nas ações, visto que tal princípio perpassa pela interdisciplinaridade, constituindo pluralidade na relação entre as mais diversas áreas.

Para concluir, os resultados do presente estudo servirão de subsídio para a gestão da saúde, na dimensão macro ou micro do sistema de saúde, dentro da atenção primária à saúde. Para tanto, é necessária uma sensibilização dos gestores para a relevância da reflexão sobre a efetividade das ações de saúde diante da complexidade de compreensão da integralidade.

CONTRIBUIÇÕES

Sueli Rodrigues de Azevedo e **Ricardo Bruno Santos Ferreira** contribuíram com a elaboração e o delineamento do estudo; a aquisição, a análise e a interpretação de dados; e a redação e/ou a revisão do manuscrito. **Mônica Oliveira Rios**, **Bárbara Teixeira Carvalho** e **Climene Laura de Camargo** contribuíram com a redação e/ou a revisão do manuscrito.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não houve conflitos de interesses na concepção deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Machado CV, Silva GAE. Political struggles for a universal health system in Brazil: successes and limits in the reduction of inequalities. *Global Health*. 2019;15(Suppl 1):77.
2. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(6):1869-78.
3. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. The benefits and challenges of the Family Health Strategy in Brazilian Primary Health care: a literature review. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(5):1499-510.
4. Rivillas JC, Colonia FD. Reducing causes of inequity: policies focused on social determinants of health during generational transitions in Colombia. *Glob Health Action*. 2017;10(1):1349238.
5. Fonseca Viegas SM, Mattos Penna CM. Integrality: life principle and right to health. *Invest Educ Enferm*. 2015;33(2):23-47.
6. Ichihara MYT, Ramos D, Rebouças P, Oliveira FJ, Ferreira AJF, Teixeira C, et al. Area deprivation measures used in Brazil: a scoping review. *Rev Saude Publica*. 2018;52:83.
7. Dias MAS, Araújo OIP, Silva LMS, Vasconcelos MIO, Machado MFAS, Forte FDS, Silva LCC. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(1):103-14.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2007.
9. Secretaria de Cultura do Estado da Bahia (BR). Plano de Desenvolvimento Territorial Rural Sustentável e Solidário do Território Sertão Produtivo/ Guanambi - BA, 2016 [Internet]. 2016 [acesso em 2019 Nov 12]. Disponível em: http://www.seplan.ba.gov.br/arquivos/File/politica-territorial/PUBLICACOES_TERRITORIAIS/Planos-Territoriais-de-Desenvolvimento-Sustentavel-PTDS/2018/PTDSS_2016_Sertao_Produtivo.pdf
10. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: edições 70; 2011.
11. Soratto J, Pires DEP, Dornelles S, Lorenzetti J. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. *Texto & Contexto Enferm*. 2015;24(2):584-92.

12. Silva FCS. O princípio da integralidade e os desafios de sua aplicação em saúde coletiva. *Rev Saúde Desenv.* 2015;7(40):94-107.
13. Mota AE, organizador. *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.* 2ª ed. São Paulo: OPAS; 2007.
14. Nogueira VMR. Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário. *Rev Serv Soc Saúde.* 2015;10(02):45-72.
15. Cruz RAO, Araujo ELM, Nascimento NM, Lima RJ, França JRFS, Oliveira JS. Reflections in the light of the complexity theory and nursing education. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(1):236-9.
16. Paim JS. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis.* 2008;18(4):625-44.
17. Dourado I, Medina MG, Aquino R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *Int J Equity Health.* 2016;15(1):151.
18. Knopf-Amelung S, Gotham H, Kuofie A, Young P, Manney Stinson R, Lynn J, et al. Comparison of Instructional Methods for Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Substance Use in Nursing Education. *Nurse Educ.* 2018;43(3):123-27.
19. Lukewich JA, Tranmer JE, Kirkland MC, Walsh AJ. Exploring the utility of the Nursing Role Effectiveness Model in evaluating nursing contributions in primary health care: A scoping review. *Nurs Open.* 2019;6(3):685-97.
20. Martins DC, Gois OJO, Silva JOM, Rosa MPRS, Gonçalves MC. Violência: abordagem, atuação e educação em enfermagem. *Cad Grad Ciênc Biol Saúde.* 2017;4(2):155-68.
21. Pereira VT, Guareschi PA. O CRAS em relação: profissionais e usuários(as) em movimento. *Fractal Rev Psicol.* 2016;28(1):102-10.
22. Rocha KB, Conz J, Barcinski M, Paiva D, Pizzinato A. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. *Psicol Saúde Doenças.* 2017;18(1):170-85.
23. Viegas SMF, Penna CMM. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. *Interface (Botucatu).* 2015;19(55):1089-100.
24. Monteiro MFV, Barbosa CP, Vertamatti MAF, Tavares MNA, Carvalho ACO, Alencar APA. Access to public health services and integral care for women during the puerperal gravid period period in Ceará, Brazil. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):851.
25. Colimoide FP, Meira MDD, Abdala GA, Oliveira SLSS. Integrality from the perspective of nurses in the Family Health Strategy. *Rev Bioét.* 2017;25(3):611-7.
26. Santos CTB, Barros IS, Amorim ACCLA, Rocha DG, Mendonça AVM, Sousa MF. Integrality in Brazil and Venezuela: similarities and complementarities. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(4):1233-40.
27. Seixas CT, Merhy EE, Baduy RS, Slomp H Jr. Integrality in the health care perspective: an experience of the Unified Health System in Brazil. *Salud Colect.* 2016;12(1):113-23.
28. Berendes DM, Kirby AE, Clennon JA, Agbemabiese C, Ampofo JA, Armah GE, et al. Urban sanitation coverage and environmental fecal contamination: Links between the household and public environments of Accra, Ghana. *PLoS One.* 2018;13(7):e0199304.
29. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
30. Oliveira IC, Balard CR, Cutolo LRA. Formação profissional em saúde: integralidade em perspectiva. *Saúde Transform Soc.* 2013;4(1):69-72.
31. Kalichman AO, Ayres JRJM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad Saúde Pública.* 2016;32(8):e00183415.

Autor para correspondência:

Ricardo Bruno Santos Ferreira
Universidade do Estado da Bahia
Av. Vanessa Cardoso, s/n
Bairro: Ipanema
CEP: 46430-000 - Guanambi - BA - Brasil
E-mail: ricardobrunoenf@gmail.com

Endereço do primeiro autor:

Sueli Rodrigues de Azevedo
Universidade do Estado da Bahia
Av. Vanessa Cardoso, s/n
Bairro: Ipanema
CEP: 46430-000 - Guanambi - BA - Brasil
E-mail: su_drik@hotmail.com

Como citar: Azevedo SR, Ferreira RBS, Rios MO, Carvalho BT, Camargo CL. Percepção de enfermeiros acerca da demanda social à luz do princípio da integralidade. Rev Bras Promoç Saúde. 2020;33:10308.
