

Integralidade na atenção primária à saúde**Comprehensiveness in primary health care****Integralidad en la atención primaria a la salud****Recebido: 07/06/2017****Aprovado: 15/10/2017****Publicado: 07/05/2018****Mônica de Fátima Freires da Silva¹****Eliél Martins da Silva²****Sarah Lidiane Santos da Silva Oliveira³****Gina Andrade Abdala⁴****Maria Dyrce Dias Meira⁵**

Este é um ensaio reflexivo cujo objetivo foi resgatar o sentido atribuído à integralidade na prática da Atenção Primária à Saúde no Brasil. O estudo abrangeu um histórico conceitual e sua aplicação na assistência à saúde. A integralidade constitui um desafio contínuo devido à complexidade da sua operacionalização. Envolve diferentes atores e estratégias de articulação em diferentes cenários que se configuram em redes, seja no plano assistencial, na gestão ou na construção de políticas públicas.

Descritores: Integralidade em saúde; Atenção primária à saúde; Gestão em saúde; Saúde pública.

This is a reflective essay whose objective was to rescue the sense attributed to comprehensiveness in the practice of Primary Health Care in Brazil. The study covered a conceptual background and its application in health care. Comprehensiveness is a continuous challenge due to the complexity of its operationalization. It involves different actors and strategies of articulation in different scenarios that are configured in networks, be it in the assistance plan, in the management or in the construction of public policies.

Descriptors: Integrality in health; Primary health care; Health management; Public health.

Este es un ensayo reflexivo cuyo objetivo fue rescatar el sentido atribuido a la integralidad en la práctica de la Atención Primaria a la Salud en Brasil. El estudio abarcó un histórico conceptual y su aplicación en la asistencia a la salud. La integralidad constituye un desafío continuo debido a la complejidad de su operacionalización. Implica diferentes actores y estrategias de articulación en diferentes escenarios que se configuran en redes, ya sea en el plano asistencial, en la gestión o en la construcción de políticas públicas.

Descriptorios: Integralidad en salud; Atención primaria a la salud; Gestión de la salud; Salud pública.

1. Psicóloga. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP), São Paulo, SP, Brasil. ORCID 0000-0002-9400-9924 E-mail: mofreires@gmail.com

2. Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde do UNASP, São Paulo, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-5819-7374 E-mail: elielmartins@yahoo.com.br

3. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde do UNASP, São Paulo, SP, Brasil. ORCID: 0000-0001-8529-6776 E-mail: sarah.oliveira@ucb.org.br

4. Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Mestrado em Promoção da Saúde do UNASP, São Paulo, SP, Brasil. ORCID 0000-0001-8015-0743 E-mail: ginabdala@gmail.com;

5. Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Mestrado em Promoção da Saúde do UNASP, São Paulo, SP, Brasil. ORCID: 0000-0001-6313-4637 E-mail: dyrcem@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A integralidade é um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) instituído e assegurado pela Constituição Federal de 1988, no artigo 198 e regulamentado em setembro de 1990 por meio da Lei 8080/90. Foi definida como “um 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”¹.

A integralidade adotada pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em sua terceira edição (2010, p.13) implica em uma concepção ainda mais complexa:

[...] articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, na ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário”².

Em sua versão mais recente, a PNPS ressalta que a “integralidade” remete ao cuidado de um “cidadão universal que recorre a assistência igualitária, sem preconceitos ou privilégios e que responde pela promoção, prevenção, proteção e resgate da saúde”³.

Percebe-se na PNPS uma concepção mais abrangente das políticas nacionais, na qual a integralidade é apontada, também, como uma estratégia de promoção da saúde. Ela alinha o que é específico ao que é potencial na construção de projetos terapêuticos, considerando a autonomia e as particularidades de cada ser humano. Ela está atrelada a uma complexidade de fatores influenciados pelos contextos social, econômico, político e cultural do território onde vivem e esses, por sua vez, influenciam suas escolhas e modo de viver³.

A gestão de um sistema de saúde integrado em redes favorece a realização da integralidade e abre espaço para práticas que inclui o trabalho multidisciplinar com participação dos usuários e fortalecimento dos vínculos⁴. Nesse sentido, a integralidade pode ampliar a visão tradicional quanto ao alcance das ações de promoção da saúde praticadas na Atenção Básica de Saúde (ABS), também

denominada Atenção Primária à Saúde (APS)⁵.

A assistência com base no princípio da integralidade, norteada pelas ações interdisciplinares, faz da APS a porta de entrada para um atendimento horizontal, que deve permear todos os níveis da assistência, buscando atender as necessidades de saúde de cada indivíduo.

Apesar de não existir um sentido único para a integralidade na saúde, uma percepção clara de sua abrangência e potencialidade se torna importante para viabilizar a sua aplicação no contexto do SUS. Assim, presume-se que a integralidade se dá quando os profissionais de saúde interagem com os usuários, buscando uma prática resolutiva comum entre os indivíduos⁶.

No âmbito da gestão da APS existem desafios a serem vencidos para se implementar a integralidade na prática assistencial a partir de uma compreensão do ser humano em sua complexidade em que sejam consideradas todas as dimensões, biopsicossocial e também espiritual. Para que isto ocorra de forma efetiva, os gestores devem olhar o indivíduo que é atendido de maneira integral, considerando-o em todas as suas necessidades, para além dos muros dos centros de atendimento à saúde.

É importância assim, estratégias de pesquisas que venham a consolidar o desenvolvimento científico para fortalecimento do cuidado integral⁷.

O objetivo deste artigo foi resgatar o sentido atribuído à integralidade na prática da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

MÉTODO

Este é um ensaio reflexivo no qual se buscou compreender como a integralidade vem se apresentando na Atenção à Saúde no Brasil.

RESULTADOS

Para este artigo de reflexão, utilizou-se 20 referências abrangendo dois tópicos: histórico conceitual e Integralidade na gestão da Atenção Primária à Saúde.

DISCUSSÃO

Histórico conceitual

A integralidade vem sendo discutida desde a

década de 1970, principalmente a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica⁸, que apoiava a assistência em redes de atenção à saúde integral, porém, naquela época, mais do que hoje, havia um conceito reducionista de saúde que era voltado para a especialização na prática médica.

O que não se entendia e hoje se entende melhor, é que os estudos acadêmicos não discutiam a integralidade como um conceito único, mas como um conjunto articulador de diferentes olhares com a proposta da (re) invenção da saúde em uma ótica mais flexível, criativa, que agregue diferentes saberes e modos de intervenção⁹. Nessa perspectiva, olhar o paciente como um ser completo, sem desconectá-lo de suas dimensões sociais, familiares, espirituais, ambientais, políticas e históricas torna-se uma prática fundamental para a construção da integralidade no contexto do SUS.

A PNPS traz um discurso de ampliação de saberes, garantia de ajustes com as diretrizes do SUS e necessidade de consolidar as ações de promoção da saúde em uma perspectiva de integralidade. Preconiza que, enquanto princípio doutrinário do SUS, ela deveria permear todas as ações para promover a saúde, entendendo que, quando as intervenções em saúde são pautadas no reconhecimento da complexidade, da potencialidade e da singularidade dos indivíduos, bem como do bem coletivo, serão construídos processos de trabalho mais articulados e desenvolvidos de forma a contemplar a integralidade³.

Para a integralidade no SUS ser alcançada deveriam ser instituídas mudanças nos processos e nos instrumentos de trabalho, para que as metas e ideais de humanização, legalidade ética e maximização de resultados sejam uma realidade¹⁰.

A integralidade na perspectiva do Ministério da Saúde tem a função de direcionar as ações operacionais do SUS³, porém os conceitos que se apresentam são complexos, genéricos e carecem de uma definição clara quanto a sua aplicação na prática assistencial, em contextos diversos, mas principalmente na APS. Mesmo sendo um princípio, e como tal deveria permear todas as ações, ela pode correr o risco de não ser implementada

completamente e, neste sentido, ser fadada a ficar somente na teoria.

O usuário do sistema é um ser complexo. Não é possível dissociar esse indivíduo de seu contexto múltiplo e olhar somente para a doença que ele apresenta. Essa dissociação tem sido praticada no modelo biomédico que aproxima os profissionais da patologia e os afastam do sujeito, fazendo com que ocorra um afastamento da tão almejada integralidade¹¹.

A fragmentação nas intervenções causada pelo modelo biomédico não é uma exclusividade da atenção primária, ainda é uma forma predominante de produzir saúde no Brasil. Esse modelo é afetado pelas demandas geradas pelos usuários que trazem um conjunto de necessidades que o trabalhador da área da saúde deve resolver e nem sempre o faz de maneira integral¹¹.

O modelo biomédico foi se instituindo historicamente e é baseado na especialização, na tecnologia e nos protocolos. Se, considerado como modelo de atendimento dos serviços da APS em suas especificidades, ele tem funcionado parcialmente e com baixa efetividade. E, apesar de se constatar uma queda perceptível nos índices de mortalidade, observa-se ainda, um predomínio de patologias que poderiam ser prevenidas como hipertensão, diabetes e também uma manutenção de patologias ligadas a saúde mental, sendo uma das principais, a depressão^{12,13}.

Muitas mudanças legais e institucionais¹⁴ ocorreram a partir da aprovação das normas operacionais básicas e da institucionalização do SUS com a lei 8.080/90¹ e posteriores edições de políticas públicas voltadas a sua consolidação ao longo dos anos.

Com a regionalização dos serviços de saúde e a descentralização do sistema, ampliou-se o acesso à atenção básica, deu-se o fortalecimento da capacidade do governo local, autonomia no campo da saúde e crescimento do número de profissionais de nível superior. Contudo, abriram-se lacunas de desigualdades relacionadas à gestão dos serviços de saúde, assim como, a dificuldade de comunicação entre o sistema e os serviços, comprometendo o atendimento da demanda do cuidado da população de forma mais integral e ampliada¹⁴.

Quanto mais recursos financeiros são aplicados de forma horizontal e sistêmica, mais resultados poderão ser alcançados, não só em termos de números, mas principalmente no que diz respeito à qualidade da assistência¹⁵.

Integralidade na gestão da Atenção Primária à Saúde

A gestão da APS, mais especificamente no que se refere à Estratégia Saúde da Família (ESF), deve assegurar assistência integral ao indivíduo no seu contexto familiar e social, pois desta forma cumpre os objetivos de acesso propostos ao seu funcionamento.

O conceito de Integralidade tem ganhado forças para sua operacionalização na ESF. A dimensão política expandiu o atendimento dos cuidados primários e incrementou o processo de institucionalização da avaliação, na organização da atenção à saúde. Entretanto, os desafios esbarram nas questões de escassos recursos financeiros e em um processo de formação profissional descolado do modelo de assistência integral que a APS requer¹⁵.

O princípio de integralidade abrange três dimensões: políticas de saúde, organização dos serviços e das práticas de saúde e as práticas dos profissionais de saúde¹⁶.

As políticas públicas na área da saúde deveriam destinar maior investimento para o aprimoramento dos serviços de saúde, a condução dos processos e para a reestruturação das políticas, ações e serviços¹⁵.

Na dimensão organizacional se observa a necessidade de melhorar a interação entre os níveis de atenção no processo do cuidar, isso considerando as trocas de saberes entre as unidades de saúde. Na dimensão das práticas assistenciais, observa-se a relação entre o cuidador e o indivíduo, desde a promoção, prevenção de riscos e agravos, recuperação até a reabilitação. As competências para se atingir o ideal da integralidade devem ser avaliadas no processo de trabalho, visando melhores práticas e ferramentas que facilitem a assistência¹⁶.

Sobre a ótica organizacional e, em conformidade com o conceito de integralidade, deve se assegurar que o indivíduo, que depende dos serviços de saúde, tenha acesso a todas as

possibilidades tecnológicas que sua condição exige⁴. Para isto, torna-se necessária uma gestão financeira, operacional, técnica e administrativa que tenha também essa visão de um ser humano integral.

No sentido da prática profissional deve-se abrir o diálogo entre gestores, profissional de saúde e usuários, para que haja melhor interação, empatia, troca de saberes e a construção social, em que essa aproximação potencialize os resultados esperados, construindo e desenvolvendo melhores práticas para uma assistência integral. Estas, baseadas em valores, preceitos éticos e fundamentos teóricos da promoção da saúde, levando em conta as crenças e o embasamento científico no qual estão apoiados os seus objetivos⁴.

O profissional, na sua formação acadêmica, tem o foco voltado para o aprendizado da doença e não na saúde de forma integral¹⁵. Existe um apelo de mudança do modelo biomédico hegemônico, pois é preciso considerar a saúde da população com toda a sua complexidade social, econômica e cultural.

A participação ativa da equipe multidisciplinar pode, ou não, potencializar a integralidade, pois, existem dois tipos de equipes, uma que foi denominada “equipe agrupamento” em que as ações dos profissionais se justapõem, dificultando a interação, e outra, a “equipe integração” na qual os profissionais alinham os métodos dos cuidados, interagindo entre si para alcançar melhores resultados¹⁰. Esta última está focada em realizar o plano terapêutico em conjunto, potencializando a comunicação e os melhores resultados que a assistência integral pode proporcionar, não subestimando a complexidade do atendimento e evidenciando a multidisciplinaridade das necessidades de saúde de cada pessoa atendida, flexibilizando a divisão de tarefas.

Em relação à prática assistencial, quando o foco está centrado na prevenção, promoção e educação em saúde, os ganhos são notórios. Observa-se então a humanização, desempenho, trabalho multidisciplinar focado em resultados, acolhimento, busca ativa e orientações à comunidade¹⁵.

O SUS em construção e salientam que

existem, ainda, papéis a se definirem que estão relacionados ao estado e à união, além da escassez de integração entre os níveis de atendimento e as ações de integralidade e intersetorialidade¹⁴.

Dentre os desafios para a integralidade um trabalho em conexões de rede, movendo-se no interior de cada processo de trabalho e interligando-se os serviços de saúde¹⁷.

No âmbito da saúde mental, se deve promover inovações criativas nas práticas de trabalho, uma vez que, para a integralidade se efetivar, os gestores, trabalhadores e usuários deverão ter responsabilidade e criar condições de diálogos transdisciplinares¹⁸.

O modelo de “Linhas e Redes de Cuidado” organizado a partir da ESF. Sugerem esse modelo como um caminho para superar a fragmentação da atenção e da gestão em saúde, visando à construção ou reconstrução do cuidado integral¹⁹.

A efetivação da integralidade como eixo do modelo de “Redes de Atenção à Saúde” tem encontrado desafios que precisam ser superados, entretanto, a continuidade e a radicalização do processo de implantação das redes regionais de atenção parece ser uma direção possível e promissora¹⁹.

É necessário que ocorra a ruptura gradual do modelo biomédico, ampliando o olhar para as necessidades gerais da população, seu modo de viver ou estilo de vida. Nesta direção, devem ser consideradas todas as dimensões do ser humano, bem como os determinantes sociais do processo saúde e doença. É necessário deixar a ideia de só “tratar” e pensar em promover cuidados para a saúde em sua amplitude.

É preciso mover-se para um processo de saúde da qual, os saberes técnicos e as questões peculiares de cada população devem servir de estímulos para se promover a saúde²⁰.

Integralidade na Atenção à Saúde é um conceito difícil, mas não impossível de ser inserido na prática assistencial. Torna-se necessário um entendimento sobre a importância da integralidade para o sistema, que pode ser definida como cuidados articulados entre redes assistenciais administradas por profissionais capacitados para promover a saúde integral do indivíduo,

família e comunidade em seus aspectos biopsicossociais e espirituais.

A ESF é o nível de atenção à saúde que pode oferecer maiores condições de abordar o indivíduo de maneira integral, pois o contato dos profissionais com os pacientes é muito frequente e permite uma aproximação maior da realidade. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) conhecem as necessidades da população muito de perto, estão inseridos em seu contexto e vivenciam no dia a dia as dificuldades da comunidade.

Não olhar a gestão da saúde na APS sob a ótica da integralidade pode ser um erro que resultaria na manutenção da sociedade impregnada de problemas crônicos dos mais diversos. Não formar uma rede ampliada e intersetorial, que se comunique para resolução de problemas, também é outro erro. Não há maneira de efetuar ações de saúde efetivas sem a participação de todos os atores envolvidos na busca da integralidade do cuidado.

Após 27 anos do SUS muito foi construído e nenhuma das etapas foi fácil, como não foi, o próprio estabelecimento do sistema. Existe um horizonte de perspectivas e lutas para se alcançar a integralidade, mas presume-se que também existem todas as possibilidades de sucesso.

CONCLUSÃO

É preciso mudar de direção. Percebe-se que a prática da integralidade é complexa e desafiadora. Enquanto princípio e diretriz do SUS, a integralidade busca uma postura holística, humanizadora, respeitosa, cuidadora, responsável e participativa que exige um grau de maturidade e comprometimento de todos os atores envolvidos.

O sentido atribuído à integralidade na prática da APS, resgatado nesse ensaio reflexivo, foi que ela depende de ações coletivas e participativas. Deve ser articulada em “Redes de Atenção à Saúde” para atuar sobre os determinantes sociais que causam desgaste na saúde populacional.

A integralidade deve ser operacionalizada de forma multidisciplinar e intersetorial, em sintonia com os diferentes problemas de saúde de cada região do país, considerando a cultura, o estilo de vida, a crença

e a posição social dos assistidos.

Nesse sentido, o envolvimento governamental, os profissionais da saúde e os usuários do sistema como um todo devem estar empenhados em colocar em prática os princípios que regem o SUS, tecer e fortalecer vínculos que caminhem rumo a prevenção de doenças e à promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Presidência da República (Brasil). Lei n. 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]. D.O.U., Brasília, DF; 20 set 1999 [citado em 03 set 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
2. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde [Internet]. 3ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado em 03 set 2016]. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde, v.7). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
3. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: revisão da Portaria MS/GM nº 687 de 30 março de 2006 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado em 05 set 2016]. 30 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf
4. Andrade SR, Mello ALSF, Locks MTR, Mattia D, Hoeller F, Erdmann AL. Melhores práticas na Atenção Básica à Saúde e os sentidos da integralidade. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 [citado em 03 set 2016]; 17(4):620-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0620.pdf>
5. Mello GA, Viana ALA. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. *Hist cienc Saude-Manguinhos* [Internet]. 2012 [citado em 10 out 2016]; 19(4):1219-39. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/his-28641>
6. Oliveira IC, Cutolo LRA. Humanização como expressão de integralidade. *Mundo Saúde* [Internet]. 2012 [citado em 07 set 2016]; 36(3):502-6. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/humanizacao_expressao_integralidade.pdf
7. Ribeiro MS, Pompeu DA, Souza MGG. Grupo de pesquisa na enfermagem brasileira em saúde mental e psiquiatria. *Arq Ciênc Saúde* [Internet]. 2016 [citado em 11 out 2016]; 23(1):58-62. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/264>
8. Ministério da Saúde (Br). Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas [Internet]; nov 2005; Brasília, DF. Brasília, DF: OPAS; 2005 [citado em 15 maio 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
9. Duarte EOS, Nasi C, Camatta MW, Schneider JF. Characterization of the assistance practices in mental healthcare networking: an integrative review. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2012 [citado em 08 set 2016]; 33(4):191-9. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/periodicos/periodicos-1/revista-gaucha-de-enfermagem>
10. Lima IFS, Lobo FS, Acioli KLBO, Aguiar ZN. Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma unidade básica de saúde da família. *Rev Esc Enferm.* [Internet]. 2012 [citado em 08 set 2016]; 46(4):944-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/23.pdf>
11. Rodrigues ES, Moreira MIB. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. *Saúde Soc.* [Internet]. 2012 [citado em 09 set 2016]; 21(3):599-611. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n3/07.pdf>
12. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de análise de situação de saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado em 09 set 2016]. 160p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
13. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2014 [citado em 09 set 2016]; 23(4):599-608. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/ress/v23n4/2237-9622-ress-23-04-00599.pdf>

14. Pinafo E, Carvalho BG, Nunes EFPA. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [citado em 09 set 2016]; 21(5):1511-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1511.pdf>
15. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da estratégia saúde da família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2016 [citado em 10 out 2016]; 21(5):1499-509. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf>
16. Almeida DB, Melo CMM. Avaliação da gestão na atenção básica nas dimensões da integralidade. *Rev Baiana Saúde Pública* [Internet]. 2012 [citado em 09 set 2016]; 36(3):816-30. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/557>
17. Fracolli LA, Zoboli ELP, Granja GF, Ermel RC. Conceito e prática da integralidade na atenção básica: a percepção das enfermeiras. *Rev Esc Enferm*. [Internet]. 2011 [citado em 12 set 2016]; 45(5):1135-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a15.pdf>
18. Bedin DM, Scarparo HBK. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. *Psicol Teor Prát*. [Internet]. 2011 [citado em 12 set 2016]; 13(2):195-208. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000200015
19. Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado em 10 out 2016]; 32(8):1-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08-e00183415.pdf>
20. Moraes MCL. Promoção da saúde: visitando conceitos e ideias. *REFACS*. [Internet]. 2017 [citado em 08 mar 2017]; 5(1):75-9. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs>

CONTRIBUIÇÕES

Mônica de Fátima Freires da Silva, Eliél Martins da Silva e Sarah Lidiane Santos da Silva Oliveira participaram na investigação e concepção. **Gina Andrade Abdala e Maria Dyrce Dias Meira** contribuíram na revisão crítica.

Como citar este artigo (Vancouver)

Silva MFF, Silva EM, Oliveira SLSS, Abdala GA, Meira MDD. Integralidade na atenção primária à saúde. *REFACS* [Internet]. 2018 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*];6(Supl. 1):394-400. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (ABNT)

SILVA, M. F. F. et al. Integralidade na atenção primária à saúde. *REFACS*, Uberaba, v. 6, p. 394-400, 2018. Supl. 1. Disponível em: <link de acesso>. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (APA)

Silva, M. F. F., Silva, E. M., Oliveira, S. L. S. S., Abdala, G. A. & Meira, M. D. D. (2018) Integralidade na atenção primária à saúde. *REFACS*, 6(Supl 1), 394-400. Recuperado: *inserir dia, mês e ano de acesso de inserir link de acesso*.