

Integralidad en la atención primaria a la salud**Integralidade na atenção primária à saúde****Comprehensiveness in primary health care**

Recibido: 07/06/2017
Aprobado: 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 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.

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

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.

1. Psicóloga. Cursando Maestría del Programa de Pos Graduación en Promoción de la Salud del Centro Universitario Adventista de São Paulo (UNASP), São Paulo, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-9400-9924 E-mail: mofreires@gmail.com

2. Enfermero. Cursando Maestría del Programa de Pos Graduación en Promoción de la Salud de la UNASP, São Paulo, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-5819-7374 E-mail: elielmartins@yahoo.com.br

3. Enfermera. Cursando Maestría del Programa de Pos Graduación en Promoción de la Salud de la UNASP, São Paulo, SP, Brasil. ORCID: 0000-0001-8529-6776 E-mail: sarah.oliveira@ucb.org.br

4. Enfermera. Doctora en Ciencias. Docente de Maestría en Promoción de la Salud de la UNASP, São Paulo, SP, Brasil. ORCID: 0000-0001-8015-0743 E-mail: ginabdala@gmail.com

5. Enfermera. Doctora en Ciencias. Docente de Maestría en Promoción de la Salud de la UNASP, São Paulo, SP, Brasil. ORCID: 0000-0001-6313-4637 E-mail: dyrceem@yahoo.com.br

INTRODUCCIÓN

La integralidad es uno de los principios y directrices del Sistema Único de Salud (SUS) instituido y asegurado por la Constitución Federal de 1988, en el artículo 198 y regulamentada en setiembre de 1990 por medio de la Ley 8080/90. Fue definida como “un conjunto articulado y continuo de las acciones y servicios preventivos y curativos, individuales y colectivos, exigidos para cada caso en todos los niveles de complejidad del sistema”¹.

La integralidad adoptada por la Política Nacional de Promoción de la Salud (PNPS) en su tercera edición (2010, p.13) implica en una concepción aún más compleja:

“[...] articulación y sintonía entre las estrategias de producción de la salud, en la ampliación de la escucha de los trabajadores y servicios de salud en la relación con los usuarios, sea individual y/o colectivamente, de modo a dislocarla atención de la perspectiva estricta de su enfermedad y de sus síntomas para la acogida de su historia, de sus condiciones de vida y de sus necesidades en salud, respetando y considerando sus especificidades y sus potencialidades en la construcción de los proyectos y de la organización del trabajo sanitario”².

En su versión más reciente, la PNPS resalta que la “integralidad” remite al cuidado de un “ciudadano universal que recorre la asistencia igualitaria, sin preconceptos o privilegios y que responde por la promoción, prevención, protección y rescate de la salud”³.

Se percibe en la PNPS una concepción más amplia de las políticas nacionales, en la cual la integralidad es señalada, también, como una estrategia de promoción de la salud. Ella alinea lo que es específico a lo que es potencial en la construcción de proyectos terapéuticos, considerando la autonomía y las particularidades de cada ser humano. Ella está relacionada a una complejidad de factores influenciados por los contextos social, económico, político y cultural del territorio donde viven y esos, a su vez, influyen sus elecciones y modo de vivir³.

La gestión de un sistema de salud integrado en redes favorece la realización de la integralidad y abre espacio para prácticas que incluye el trabajo multidisciplinario con participación de los usuarios y fortalecimiento de los vínculos⁴. En ese sentido, la integralidad

puede ampliar la visión tradicional en cuanto al alcance de las acciones de promoción de la salud practicadas en la Atención Básica de Salud (ABS), también denominada Atención Primaria a la Salud (APS)⁵.

La asistencia con base en el principio de la integralidad, guiada por las acciones interdisciplinarias, hace de la APS la puerta de entrada para un atendimento horizontal, que debe impregnar todos los niveles de la asistencia, buscando atender las necesidades de salud de cada individuo.

A pesar de no existir un sentido único para la integralidad en la salud, una percepción clara de su alcance y potencialidad se torna importante para viabilizar su aplicación en el contexto del SUS. Así, se presume que la integralidad se da cuando los profesionales de salud interactúan con los usuarios, buscando una práctica resolutoria común entre los individuos⁶.

En el ámbito de la gestión de la APS existen desafíos a ser vencidos para implementar la integralidad en la práctica asistencial a partir de una comprensión del ser humano en su complejidad en que sean consideradas todas las dimensiones, biopsicosocial y también espiritual. Para que esto ocurra de forma efectiva, los gestores deben mirar al individuo que es atendido de manera integral, considerándolo en todas sus necesidades, más allá de los muros de los centros de atendimento a la salud.

Así es de importancia, estrategias de investigaciones que vengán a consolidar el desarrollo científico para fortalecimiento del cuidado integral⁷.

El objetivo de este artículo fue rescatar el sentido atribuido a la integralidad en la práctica de Atención Primaria a la Salud en Brasil.

MÉTODO

Este es un ensayo reflexivo en el cual se buscó comprender como la integralidad se viene presentando en la Atención a la Salud en Brasil.

RESULTADOS

Para este artículo de reflexión, se utilizaron 20 referencias abarcando dos tópicos: histórico conceptual e Integralidad en la gestión de la

Atención Primaria a la Salud.

DISCUSIÓN

Histórico conceptual

La integralidad viene siendo discutida desde la década de 1970, principalmente a partir del Movimiento de la Reforma Psiquiátrica⁸, que apoyaba la asistencia en redes de atención a la salud integral, sin embargo, en aquella época, más que hoy, había un concepto reduccionista de salud que era volcado para la especialización en la práctica médica.

Lo que no se entendía y hoy se entiende mejor, es que los estudios académicos no discutían la integralidad como un concepto único, sino como un conjunto articulador de diferentes miradas con la propuesta de la (re) invención de la salud en una óptica más flexible, creativa, que agregue diferentes conocimientos y modos de intervención⁹. En esa perspectiva, mirar al paciente como un ser completo, sin desconectarlo de sus dimensiones sociales, familiares, espirituales, ambientales, políticas e históricas se torna una práctica fundamental para la construcción de la integralidad en el contexto del SUS.

La PNPS trae un discurso de ampliación de conocimientos, garantía de ajustes con las directrices del SUS y necesidad de consolidar las acciones de promoción de la salud en una perspectiva de integralidad. Preconiza que, en cuanto al principio doctrinario del SUS, ella debería impregnar todas las acciones para promover la salud, entendiendo que, cuando las intervenciones en salud son pautadas en el reconocimiento de la complejidad, de la potencialidad y de la singularidad de los individuos, así como del bien colectivo, serán construidos procesos de trabajo más articulados y desenvueltos de forma a contemplar la integralidad³.

Para ser alcanzada la integralidad en el SUS deberían ser instituidas mudanzas en los procesos y en los instrumentos de trabajo, para que las metas e ideas de humanización, legalidad ética y maximización de resultados sean una realidad¹⁰.

La integralidad en la perspectiva del Ministerio de la Salud tiene la función de direccionar las acciones operacionales del SUS³, sin embargo los conceptos que se

presentan son complejos, genéricos y carecen de una definición clara en cuanto a su aplicación en la práctica asistencial, en contextos diversos, pero principalmente en la APS. Aun siendo un principio, y como tal debería impregnar todas las acciones, ella puede correr el riesgo de no ser implementada completamente y, en este sentido, ser destinada a quedar solamente en la teoría.

El usuario del sistema es un ser complejo. No es posible dissociar ese individuo de su contexto múltiple y mirar solamente para la enfermedad que él presenta. Esa disociación ha sido practicada en el modelo biomédico que aproxima los profesionales de la patología y los apartan del sujeto, haciendo con que ocurra un alejamiento de la tan deseada integralidad¹¹.

La fragmentación en las intervenciones causada por el modelo biomédico no es una exclusividad de la atención primaria, aúnes una forma predominante de producir salud en Brasil. Ese modelo es afectado por las demandas generadas por los usuarios que traen un conjunto de necesidades que el trabajador del área de la salud debe resolver y ni siempre lo hace de manera integral¹¹.

El modelo biomédico se fue instituyendo históricamente y está basado en la especialización, en la tecnología y en los protocolos. Si, es considerado como modelo de atendimento de los servicios de la APS en sus especificidades, el está funcionado parcialmente y con baja efectividad. Y, a pesar de constatarse una caída perceptible en los índices de mortalidad, se observa aún, un predominio de patologías que podrían ser prevenidas como hipertensión, diabetes y también una manutención de patologías ligadas a la salud mental, siendo una de las principales, la depresión^{12,13}.

Muchos cambios legales e institucionales¹⁴ ocurrieron a partir de la aprobación de las normas operacionales básicas y de la institucionalización del SUS con la ley 8.080/90¹ y posteriores ediciones de políticas públicas volcadas a su consolidación a lo largo de los años.

Con la regionalización de los servicios de salud y la descentralización del sistema, se amplió el acceso a la atención básica, se dio el fortalecimiento de la capacidad del gobierno

local, autonomía en el campo de la salud y crecimiento del número de profesionales de nivel superior. Con todo, se abrieron lagunas de desigualdades relacionadas a la gestión de los servicios de salud, así como, la dificultad de comunicación entre el sistema y los servicios, comprometiendo el atendimento de la demanda del cuidado de la población de forma más integral y ampliada¹⁴.

Cuanto más recursos financieros son aplicados de forma horizontal y sistémica, más resultados podrán ser alcanzados, no solo en términos de números, sino principalmente en lo que dice respecto a la calidad de la asistencia¹⁵.

Integralidad en la gestión de la Atención Primaria a la Salud

La gestión de la APS, más específicamente en lo que se refiere a la Estrategia Salud de la Familia (ESF), debe asegurar asistencia integral al individuo en su contexto familiar y social, pues de esta forma cumple los objetivos de acceso propuestos a su funcionamiento.

El concepto de Integralidad ha ganado fuerzas para su operacionalización en la ESF. La dimensión política expandió el atendimento de los cuidados primarios e incrementó el proceso de institucionalización de la evaluación, en la organización de la atención a la salud. Sin embargo, los desafíos chocan en las cuestiones de escasos recursos financieros y en un proceso de formación profesional despegado del modelo de asistencia integral que la APS requiere¹⁵.

El principio de integralidad abarca tres dimensiones: políticas de salud, organización de los servicios y de las prácticas de salud y las prácticas de los profesionales de salud¹⁶.

Las políticas públicas en el área de la salud deberían destinar mayor inversión para la mejoría de los servicios de salud, la conducción de los procesos y para la reestructuración de las políticas, acciones y servicios¹⁵.

En la dimensión organizacional se observa la necesidad de mejorar la interacción entre los niveles de atención en el proceso del cuidar, eso considerando los cambios de saberes entre las unidades de salud. En la dimensión de las prácticas asistenciales, se

observa la relación entre el cuidador y el individuo, desde la promoción, prevención de riesgos y enfermedades, recuperación hasta la rehabilitación. Las competencias para alcanzar el ideal de la integralidad deben ser evaluadas en el proceso de trabajo, buscando mejores prácticas y herramientas que faciliten la asistencia¹⁶.

Sobre la óptica organizacional y, en conformidad con el concepto de integralidad, se debe asegurar que el individuo, que depende de los servicios de salud, tenga acceso a todas las posibilidades tecnológicas que su condición exige⁴. Para esto, se torna necesaria una gestión financiera, operacional, técnica y administrativa que tenga también esa visión de un ser humano integral.

En el sentido de la práctica profesional se debe abrir el diálogo entre gestores, profesional de salud y usuarios, para que haya mejor interacción, empatía, cambios de saberes y la construcción social, en donde esa aproximación potencialice los resultados esperados, construyendo y desarrollando mejores prácticas para una asistencia integral. Éstas, basadas en valores, preceptos éticos y fundamentos teóricos de la promoción de la salud, teniendo en cuenta las creencias y la base científica en la cual están apoyados sus objetivos⁴.

El profesional, en su formación académica, tiene el foco volcado para el aprendizaje de la enfermedad y no en la salud de forma integral¹⁵. Existe un llamado de cambio del modelo biomédico hegemónico, pues es preciso considerar la salud de la población con toda su complejidad social, económica y cultural.

La participación activa del equipo multidisciplinario puede, o no, potencializar la integralidad, pues, existen dos tipos de equipos, uno que fue denominado "equipo agrupamiento" en que las acciones de los profesionales se yuxtaponen, dificultando la interacción, y otra, el "equipo integración" en el cual los profesionales alinean los métodos de los cuidados, interactuando entre sí para alcanzar mejores resultados¹⁰. Esta última está enfocada a realizar el plano terapéutico en conjunto, potencializando la comunicación y los mejores resultados que la asistencia

integral puede proporcionar, no subestimando la complejidad del atendimento y evidenciando la multidisciplinariedad de las necesidades de salud de cada persona atendida, flexibilizando la división de tareas.

En relación a la práctica asistencial, cuando el foco está centrado en la prevención, promoción y educación en salud, los beneficios son notorios. Se observa entonces la humanización, desempeño, trabajo multidisciplinario enfocado en resultados, acogimiento, búsqueda activa y orientaciones a la comunidad¹⁵.

El SUS en construcción y resaltan que existen, todavía, papeles a definirse que están relacionados al estado ya la unión, además de la escasez de integración entre los niveles de atendimento y las acciones de integralidad e intersectorialidad¹⁴.

Entre los desafíos para la integralidad hay un trabajo en conexiones de red, moviéndose en el interior de cada proceso de trabajo y vinculando los servicios de salud¹⁷.

En el ámbito de la salud mental, se debe promover innovaciones creativas en las prácticas de trabajo, ya que, para la integralidad pueda ser efectiva, los gestores, trabajadores y usuarios deberán tener responsabilidad y crear condiciones de diálogos transdisciplinarios¹⁸.

El modelo de "Líneas y Redes de Cuidado" organizado a partir de la ESF. Sugieren ese modelo como un camino para superar la fragmentación de la atención y de la gestión en salud, buscando la construcción o reconstrucción del cuidado integral¹⁹.

La efectucción de la integralidad como eje del modelo de "Redes de Atención a la Salud" ha encontrado desafíos que precisan ser superados, sin embargo, la continuidad y la radicalización del proceso de implantación de las redes regionales de atención parece ser una dirección posible y promisor¹⁹.

Es necesario que ocurra la ruptura gradual del modelo biomédico, ampliando la mirada para las necesidades generales de la población, su modo de vivir o estilo de vida. En esta dirección, deben ser consideradas todas las dimensiones del ser humano, así como las determinantes sociales del proceso salud y enfermedad. Es necesario dejar la idea de solo

"tratar" y pensar en promover cuidados para la salud en su amplitud.

Es preciso moverse para un proceso de salud del cual, los conocimientos técnicos y las cuestiones peculiares de cada población deben servir de estímulos para promover la salud²⁰.

Integralidad en la atención a la salud es un concepto difícil, pero no imposible de ser insertado en la práctica asistencial. Se vuelve necesario un entendimiento sobre la importancia de la integralidad para el sistema, que puede ser definida como cuidados articulados entre redes asistenciales administradas por profesionales capacitados para promover la salud integral del individuo, familia y comunidad en sus aspectos biopsicosociales y espirituales.

La ESF es el nivel de atención a la salud que puede ofrecer mayores condiciones de abordar al individuo de manera integral, pues el contacto de los profesionales con los pacientes es muy frecuente y permite una aproximación mayor de la realidad. Los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) conocen las necesidades de la población muy de cerca, están insertados en su contexto y viven en el día a día las dificultades de la comunidad.

No mirar la gestión de la salud en la APS bajo la óptica de la integralidad puede ser un error que resultaría en la manutención de la sociedad impregnada de problemas crónicos de los más diversos. No formar una red ampliada e intersectorial, que se comunique para resolución de problemas, también es otro error. No hay manera de efectuar acciones de salud efectivas sin la participación de todos los actores implicados en la búsqueda de la integralidad del cuidado.

Después de 27 años del SUS mucho fue construido y ninguna de las etapas fue fácil, como no fue, el propio establecimiento del sistema. Existe un horizonte de perspectivas y luchas para alcanzar la integralidad, pero se presume que también existen todas las posibilidades de suceso.

CONCLUSIÓN

Es preciso mudar de dirección. Se percibe que la práctica de la integralidad es compleja y desafiadora. En cuanto al principio y directriz del SUS, la integralidad busca una postura

holística, humanizada, respetuosa, cuidadora, responsable y participativa que exige un grado de madurez y comprometimiento de todos los actores implicados.

El sentido atribuido a la integralidad en la práctica de la APS, rescatado en ese ensayo reflexivo, fue que ella depende de acciones colectivas y participativas. Debe ser articulada en “Redes de Atención a la Salud” para actuar sobre los determinantes sociales que causan desgaste en la salud poblacional.

La integralidad debe ser operacionalizada de forma multidisciplinaria e intersectorial, en sintonía con los diferentes problemas de salud de cada región del país, considerando la cultura, el estilo de vida, la creencia y la posición social de los asistidos.

En ese sentido, la implicación gubernamental, los profesionales de la salud y los usuarios del sistema como un todo deben estar empeñados en colocar en práctica los principios que rigen el SUS, tejer y fortalecer vínculos que caminen rumbo a la prevención de enfermedades y promoción a la salud.

REFERENCIAS

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 en 03 set 2016]. Disponible en: 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 en 03 set 2016]. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde, v.7). Disponible en: 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 en 05 set 2016]. 30 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponible en: 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 en 03 set 2016]; 17(4):620-7. Disponible en: <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 en 10 out 2016]; 19(4):1219-39. Disponible en: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/his-28641>
6. Oliveira IC, Cutolo LRA. Humanização como expressão de integralidade. Mundo Saúde [Internet]. 2012 [citado en 07 set 2016]; 36(3):502-6. Disponible en: 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 en 11 out 2016]; 23(1):58-62. Disponible en: <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 en 15 maio 2017]. Disponible en: 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 en 08 set 2016]; 33(4):191-9. Disponible en: <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 en 08 set 2016]; 46(4):944-52. Disponible en: <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 en 09 set 2016]; 21(3):599-611. Disponible en: <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 en 09 set 2016]. 160p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponible en: 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 en 09 set 2016]; 23(4): 599-608. Disponible en: <http://www.scielo.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 en 09 set 2016]; 21(5):1511-24. Disponible en: <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 en 10 out 2016]; 21(5):1499-509. Disponible en: <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 en 09 set 2016]; 36(3):816-30. Disponible en: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/articloe/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 en 12 set 2016]; 45(5):1135-41. Disponible en: <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 en 12 set 2016]; 13(2):195-208. Disponible en: 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 en 10 out 2016]; 32(8):1-13. Disponible en: <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 en 08 mar 2017]; 5(1):75-9. Disponible en: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs>

CONTRIBUCIONES

Mônica de Fátima Freires da Silva, Eliél Martins da Silva y Sarah Lidiane Santos da Silva Oliveira participaron en la investigación y concepción. **Gina Andrade Abdala y Maria Dyrce Dias Meira** contribuyeron en la revisión crítica.

Cómo citar este artículo (Vancouver)

Silva MFF, Silva EM, Oliveira SLSS, Abdala GA, Meira MDD. Integralidad en la atención primaria a la salud. *REFACS* [Internet]. 2018 [citado en *insertar día, mes y año de acceso*];6(Supl. 1):394-400. Disponible en: *insertar link de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.

Cómo citar este artículo (ABNT)

SILVA, M. F. F. et al. Integralidad en la atención primaria a la salud. *REFACS*, Uberaba, v. 6, p. 394-400, 2018. Supl. 1. Disponible en: <link de acceso>. Acceso en: *insertar día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.

Cómo citar este artículo (APA)

Silva, M. F. F., Silva, E. M., Oliveira, S. L. S. S., Abdala, G. A. & Meira, M. D. D. (2018) Integralidad en la atención primaria a la salud. *REFACS*, 6(Supl 1), 394-400. Recuperado: *insertar día, mes y año de acceso de insertar link de acceso*.