

Sentidos da Integralidade no Contexto do Cuidado em Saúde

The meanings of the Integrality in the Health Care Context

Fábio da Costa Carbogim, Denise Barbosa C. Friedrich, Luciane Rebeiro

Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa
Viçosa, Minas Gerais
fabiocarbogim@gmail.com

Vilanice Alves A. Püschel, Larissa Bertacchini de Oliveira, Anselmo Amaro dos Santos

Escola de Enfermagem da USP, Universidade São Paulo São Paulo, São Paulo.
vilanice@usp.br

Resumo — O trabalho tem por objetivo apresentar os sentidos da integralidade no contexto do cuidado em saúde e enfermagem para docentes e discentes de enfermagem. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, orientada pelo referencial teórico-filosófico da abordagem histórico-cultural. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 11 docentes e 13 discentes e os dados foram interpretados à luz da hermenêutica dialética. Como resultado os participantes acreditam que integralidade do cuidado é a superação das divisões estabelecidas no dia a dia, indo muito além da concepção puramente biológica. As ações dos profissionais devem estar baseadas em processos dialógicos e problematizadores que valorizem a história e a cultura do indivíduo. Logo, conclui-se que para alcançar a integralidade, além das ações profissionais, há a necessidade de mudanças no processo de formação dos profissionais de saúde.

Palavras Chave - enfermagem; integralidade em saúde; educação em enfermagem.

Abstract — The work aims to present the meanings of the integrality of care in the health context and nursing for teachers and nursing students . This is a qualitative research , guided by theoretical-philosophical framework of historical- cultural approach. Semi-structured interviews were conducted with 11 teachers and 13 students and the data were interpreted in the light of dialectical hermeneutics. As a result the participants believe that integrality of care is to overcome divisions established on a daily basis , going beyond the purely biological conception . The actions of the professionals should be based on dialogic processes and problem-solving highlighting the history and culture of the individual . Therefore, it is concluded that to achieve the full , in addition to professional actions , there is the need for changes in the process of training of health professionals.

Keywords - nursing; integrality in health; education, nursing.

I. INTRODUÇÃO

O arranjo organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS) [1,2] é ousado ao materializar um pacto entre os níveis de gestão do sistema e implementar o empoderamento do

usuário sobre as políticas de saúde, através do controle social. Dessa forma, abre-se um precedente para que atores sociais, mesmo os que não estão diretamente ligados às funções de gestão e serviços de saúde, participem dos processos decisórios do SUS [3].

Por outro lado, devido à grande extensão territorial do país com evidentes desigualdades socioeconômicas, somada a conjunturas político-econômicas internacionais desfavoráveis e a influências do modelo médico assistencial privatista, em que figuram ações curativas e fragmentadas da saúde, a consolidação do SUS não ocorreu/ocorre de forma linear e sem conflitos. Ao contrário, como afirma Mattos [4], o sistema de saúde, que foi sendo construído ao longo das últimas décadas no cotidiano dos brasileiros, muitas vezes se afastou dos anseios traçados no ideário da reforma sanitária. Contudo, não se pode negar que mudanças ocorreram e foram norteadas por seus princípios e diretrizes, expressos como signos de valores que conferiram direcionalidade em momentos de desvio do que se propunha o sistema de saúde brasileiro.

Para que o SUS alcance eficiência no direcionamento de sua proposta, além das questões financeiras e de gestão, acredita-se que a busca pela qualidade do cuidado prestado deva ser prerrogativa ímpar nos serviços de saúde. E a melhor tradução disso encontra-se na integralidade do cuidado, que, apesar de polissêmica, tem a força de orientar desde as políticas de saúde à ação de cada profissional, sendo eixo norteador para os processos de prevenção de doenças, promoção da saúde, recuperação e reabilitação. Para Mattos [4], a integralidade envolve três sentidos: o primeiro define a integralidade como um valor de “boa medicina”, modo de organizar práticas e oposto à abordagem fragmentada e biologicista do cuidado em saúde; o segundo, como modo de organizar as práticas no cotidiano dos serviços de saúde; e o terceiro relaciona-se com os atributos das respostas governamentais a problemas ou necessidades de saúde. Considerando a dificuldade de conceituação da integralidade e sua importância, tendo como foco a formação em saúde e

enfermagem, questiona-se: Quais os sentidos da integralidade no contexto da do cuidado em saúde e na enfermagem?

O presente trabalho tem por objetivo apresentar os sentidos da integralidade no contexto do cuidado em saúde e enfermagem para docentes e discentes de enfermagem.

II. MÉTODO

Pesquisa qualitativa, orientada pelo referencial teórico-filosófico da abordagem histórico-cultural, sustentada no pensamento de Vigotski [5,6,7]. Esta abordagem compreende os fenômenos, tendo em vista suas manifestações e transformações históricas, sendo o particular parte da totalidade social. Os seus métodos e conceitos fundamentam-se no materialismo histórico e dialético. Logo, privilegiam a historicidade e reconhecem a autoria do sujeito social quando afirmam que nada existe como eterno, fixo e absoluto.

Como expressa Freitas [8], a pesquisa qualitativa desenvolvida sob a perspectiva histórico-cultural tem por objetivo entender os fenômenos na sua complexidade total e histórica. Portanto, não se desenvolve tal pesquisa produzindo situações artificiais e controláveis por variáveis, mas indo ao encontro do que se deseja estudar, no seu desenrolar.

A coleta de dados foi realizada pelos autores e ocorreu entre março e junho de 2011, sendo o projeto previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora sob o número de protocolo 2222.282.2010 e as entrevistas fornecidas com a aprovação dos participantes, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Participaram do estudo 11 docentes e 13 discentes. Quanto aos docentes, 10 eram do sexo feminino e um do masculino, com idades entre 37 e 60 anos. O tempo de formado variou entre 12 e 35 anos. Em relação à titulação, oito eram doutores e três mestres. O tempo que exerciam a docência oscilou entre quatro e 34 anos. Quanto ao tempo em que trabalhavam na instituição, houve variação de um a 33 anos. No que diz respeito à participação na elaboração de mudanças curriculares, nove já haviam participado e dois não. Já os discentes, 11 eram do gênero feminino e um do gênero masculino, com idades que variavam de 21 a 36 anos.

As técnicas utilizadas foram entrevistas individuais com roteiro semiestruturado, sendo realizadas até o momento em que se observou repetição frequente em relação ao conteúdo manifesto. Após essa constatação, foram efetuadas outras duas entrevistas para confirmação da captação das informações desejadas. Para esse procedimento, utilizamos um gravador digital, no qual as falas eram armazenadas e, em seguida, transcritas na íntegra, tornando-se material de análise. Ao final, todas as falas, foram transferidas em um disco compacto (CD). Neste estudo as falas dos estudantes foram representadas pela letra (A) e dos docentes pela letra (P).

Tendo em vista as características histórico-culturais do objeto de estudo e a fundamentação teórica [5,6,7] em que se sustenta, os dados foram interpretados à luz da hermenêutica dialética [9,10], de acordo com a seguinte operacionalidade: ordenação dos dados, classificação dos dados e relatório final.

A ordenação dos dados diz respeito à transcrição das falas, nova leitura do material, ordenamento das falas e disposição adequada dos dados observados em um *corpus* de análise. A

classificação ocorreu através de uma leitura horizontal e exaustiva de cada dado, procurando nexos entre as informações, o que permitiu emergir as ideias centrais. Procedemos à leitura transversal, analisando as falas por subconjuntos e em sua totalidade. Em seguida, realizamos recortes das entrevistas em unidades de sentido, que, por se apresentarem em grande número, sofreram um novo refinamento, sendo reagrupadas em categorias empíricas. Estas constituíram as categorias de análise do trabalho, sendo examinadas e elucidadas através do movimento de pensamento entre os pontos de vista do autor, de teóricos e pelas concepções Vigotskianas, buscando responder aos objetivos do estudo. O relatório final diz respeito às considerações finais expressas no fecho do trabalho.

III. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Faz-se importante contextualizar na perspectiva histórico-cultural a instituição da pesquisa, produto de seus atores ao longo do tempo. Fundada no ano de 1946, a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, foi a terceira escola de enfermagem do estado de Minas Gerais. Inaugurada, tendo por meta suprir a necessidade de qualificação da assistência e do perfil de saúde da região. Em seu Projeto Político Pedagógico encontra-se referência a uma formação generalista, tendo como eixo a integralidade do cuidado.

O paradigma da integralidade ressoa no pensamento de Boff [11] para o qual o cuidado, mais que um ato, diz respeito a “uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”. Presente no modo de ser dos indivíduos, o cuidado está imbuído na essência humana que constrói o mundo e as relações a partir de laços afetivos.

Apesar de a enfermagem desenvolver em sua essência laboral o cuidado, a perspectiva da integralidade é algo recente na profissão. Como destaca Waldow [12,13], tradicionalmente o cuidado de enfermagem privilegiava a técnica e procedimentos, servindo-se de instrumentais e materiais a serem aplicados em alguma parte do corpo.

Fazendo frente ao enfoque tradicional, a enfermagem do século XX, nos embates para se estabelecer enquanto profissão portadora de um corpo de conhecimentos próprios, vislumbrou na pesquisa e no ensino meios de significar o cuidado prestado aos clientes/pacientes de forma abrangente, disseminando em seus profissionais os ideais da integralidade do cuidado.

A definição dessa perspectiva está fundada no corpo teórico diversificado que se multiplicou principalmente a partir da década de 1960, reconhecendo o cuidado como núcleo estruturante da profissão. Por teoria em enfermagem entende-se um delineamento conceitual criativo e rigoroso que busca resolver os fenômenos concretos a partir de uma visão sistemática, hipotética e proposital [14,15]. Corroborando, autores [15,16,17] acreditam que o ato de cuidar é a base da profissão e encontra respaldo nas teorias de enfermagem que vislumbram a integralidade do ser humano em um contexto biopsicossocial, inserido em um ecossistema.

Para autores [16,17], integralidade do cuidado é a superação das divisões estabelecidas no dia a dia, de modo a

agregar objetividade e subjetividade, compreendendo o ser humano como um ser indivisível, subjetivo, com manifestações objetivas. Essas concepções foram encontradas nas falas dos sujeitos, demonstrando consenso, o que indica, a nosso ver, uma coerência ideológica. Como se pode observar, nas falas abaixo revelam a amplitude do sentido de cuidado, transcendendo as questões puramente biológicas:

Acho que a integralidade no cuidado da enfermagem é você tratar o paciente como um todo, né? Enxergar ele, tanto na sua patologia, nas questões sociais, culturais, é... não considerar só a sua patologia e tratar somente ela. (A11)

[...] perceber o indivíduo como um todo... considerar tanto os aspectos físicos quanto aspectos socioculturais, emocionais, psicológicos, é... chamado de atendimento holístico, né? (P5)

Os entrevistados apontaram que integralidade do cuidado na enfermagem é estabelecer uma relação com pessoas que demandam assistência (cliente/paciente), compreendendo suas necessidades em uma perspectiva multifacetada, expressa, dentre outros, pelo campo social, psicológico, econômico e espiritual.

Nesse sentido, a enfermagem, enquanto ciência do cuidado humano, apesar das dificuldades impostas pelo modelo médico hegemônico, tem se pronunciado com vistas a superar o enfoque puramente técnico e procedimento centrado, para produzir vínculo. Essa questão fundamental, intrínseca às concepções dos sujeitos da pesquisa, é responsável por mediar a cultura da integralidade que se vale do diálogo consciente como catalizador para intervenção cuidativa, da mais simples às mais complexas. Desse modo, na relação cuidador-ser cuidado, se o último for valorizado em sua cultura, história de vida, sentimentos e experiências, vislumbrar-se-á o cuidado integral em sua plenitude.

Para Vigotski [6,7], é a partir do contato entre pessoas que surgem possibilidades para novas percepções interiores que poderão levar a processos de aprendizado e desenvolvimento. Logicamente, esse contato deve ser pautado em atitudes de respeito à cultura e historicidade de cada indivíduo, permitindo uma relação de confiança, cooperação e honestidade. Assim, em uma perspectiva interdisciplinar e transdisciplinar, encontrou-se respaldo na concepção histórico-cultural que, em seus fundamentos, revela o papel crucial da interação entre indivíduos, principalmente mediada pela fala, como responsável pelo desenvolvimento humano em sua totalidade.

No sentido de superar o reducionismo, esta abordagem vislumbra a integralidade humana, unindo dialeticamente processos externos e internos, corpo e mente, ser biológico e social, sempre envolvido no processo histórico, influenciando e sendo influenciado pela cultura [6]. Podemos considerar o cuidado sob esse enfoque como processo interativo que permite o desenvolvimento humano em seus vários momentos de vida, tendo relação com aspectos históricos e culturais. Destarte, o cuidador aceita o outro na sua maneira de ser, como uma pessoa independente, com seu ritmo de

desenvolvimento, a partir da interação não imposta, mas pactuada.

É preciso deixar claro que não queremos menosprezar o valor do cuidado desenvolvido a partir de procedimentos e técnicas. Contudo, acreditamos que a integralidade transcende esta abordagem e traz à tônica do discurso a importância de tecnologias que signifiquem a relação de cuidado e indiquem caminhos para o desenvolvimento do paciente-cliente no seu modo viver. Corroborando, Waldow [12] diz que o cuidado, ação maior da enfermagem, tem como meta não apenas a cura. A partir de seus conhecimentos, que também são técnicos, mas envolvem atitudes e comportamentos, o enfermeiro dirige o seu olhar para o alívio do sofrimento, manutenção da dignidade humana, dispondo dos meios para lidar com as crises, bem como o viver e o morrer. Essa interação, entre processos técnicos, atitudes e comportamentos, amplia o caráter de compreensão para com aquele que recebe o cuidado. Permite um raciocínio de cuidado e intervenção que supera a padronização para gerar uma resposta às especificidades do paciente/cliente. Tal compreensão ampliada aparece no discurso dos sujeitos:

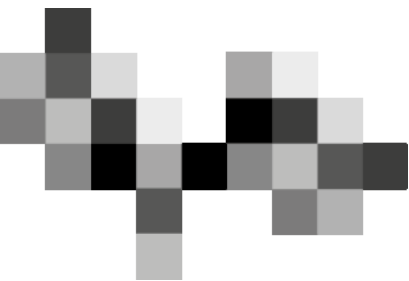
Vamos supor, fazer a aferição de uma PA. Então, a gente procura, primeiro conhecer aquela pessoa, onde ela vive, como é que ela está, porque ela está ali, quais são os problemas existentes, pra que, depois, a gente possa está fazendo aferição de PA, para que a gente possa está ofertando o cuidado. (P4)

O CTI é um local cheio de procedimentos complexos, mas acho que cuidados não é só procedimento. Para mim, é entender quando cuida o que o paciente e família necessitam. Às vezes, isso é mais importante que um cateterismo vesical, um cateter nasoentérico, naquele momento, para um paciente terminal. (A7)

Percebe-se, a partir das falas, a possibilidade de transformação da racionalidade técnica em mediador das práticas de cuidado contextualizadas e integrais. Destarte, dá-se voz e direito de opinião ao usuário que orienta as ações de saúde a partir de sua subjetividade. Cabe salientar que, a partir do capitalismo, as ações de saúde assumiram com maior expressividade o caráter normativo sobre o corpo, com o objetivo de disciplinar, regular e mesmo potencializar a força produtiva humana para o trabalho [18]. Acerca disso, Ayres [19] aponta uma crise de legitimidade nas tecnologias de saúde que, por um lado, potencializam a eficiência e eficácia das intervenções, mas, por outro, se tornam menos sensíveis ao cuidado necessário. De outra forma, o cuidado pode e deve apoiar-se na tecnologia, contudo a ela não deve limitar-se.

Nesse sentido, para o efetivo desempenho da integralidade do cuidado, um caminho seria construir e levar em conta meios alternativos que valorizem os clientes/pacientes em seus saberes e fazeres, superando o apreço às normas e técnicas [20].

Nas falas abaixo, evidencia-se esta perspectiva, tomando por base a experientiação e a alteridade do ser humano que



pode ser cuidado dentro de um contexto repleto de significados e sentidos:

A integração do ser humano com a natureza. Às vezes, a gente leva uma vida muito artificial, é... eu acho que teria que partir dessa perspectiva, né? Para poder realmente conseguir integrar os demais. Os demais assim: terapias diferentes, conhecimentos diferentes, eles todos vão sendo assim, sempre algo a mais que vai ajudar a mais nesse trabalho com o ser humano integral, como um todo. (P8)

[...] eu acredito que a integralidade do cuidar é você cuidar deste ser humano, independente, de que, é... de rotular como uma... situação biológica, mas você cuidar dele num todo, como um ser que é existencial... vindo esse sujeito em todas as situações, como a sua situação de ser dentro de uma casa, de uma família, uma comunidade, dentro do seu ambiente de trabalho, né? (P3)

A esse respeito autores [17,20] entendem o cuidado integral como prática social guiada pelas sensações do outro e mediada pela assistência, contudo para esse entendimento, há a necessidade de compreender a coexistência indispensável entre conhecimentos científicos e populares, entre técnicas convencionais e não convencionais complementares.

Podemos não concordar com determinados saberes populares implicados nas questões de saúde, contudo não podemos desconsiderá-los como se não existissem. Se assim o fizermos, estaremos desenvolvendo um cuidado de caráter assimétrico, sem a participação genuína do cliente/paciente. Uma tarefa fundamentalmente comprometida com o ser cuidado é a revalorização da dignidade dos saberes não técnicos [19]. Contudo, importante seria para os enfermeiros a busca e aprofundamento em teorias e métodos de assistência que orientem a perspectiva da integralidade do cuidado concernente com aspectos históricos, sociais e culturais para a compreensão do ser humano total, no seu modo de ser e estar no mundo. Segundo a teoria histórico-cultural, apreendemos que o cuidado que valoriza as experiências de vida, o cotidiano e as relações sociais instituídas por grupos e coletividades atua como mediador eficaz, transformando a realidade da saúde, muitas vezes fragmentada e descontextualizada, em prática interativa, resolutiva e produtora de autonomia.

IV. CONCLUSÕES

Para os entrevistados os sentidos da integralidade no contexto do cuidado em saúde e enfermagem direciona as ações profissionais para além da técnica. Acredita-se que as ações de enfermagem não podem estar embasadas em atividades meramente verticalizadas, mas em processos dialógicos e problematizadores que valorizem a história e a cultura do indivíduo, favorecendo a aquisição de condições adequadas de saúde. Logo, mudanças são necessárias nas práticas pedagógicas do ensino de enfermagem, vislumbrando um novo paradigma que valorize o pluralismo sociocultural e

a parceria entre quem oferece e quem recebe o cuidado. Assim, podendo alcançar a tão almejada integralidade do cuidado pela via da individualidade histórica de cada cliente/paciente.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Brazil. Law n. 8080 of 19 September 1990. Official Gazette, Brasília, DF 20 September 1990a, p. 18055.
- [2] Brazil. Law n. 8142 of 28 December 1990. Official Gazette, Brasília, DF 31 December 1990b, p. 25694.
- [3] J. C. Noronha, L. D. Lima and V. C. Machado. The Unified Health System - UHS. In: Giovanella et al. (Eds.). Policies and health system in Brazil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, pp. 435-472.
- [4] R. A. Mattos. The meanings of integrality: some reflections on values worth defending. In: G. W. S. Fields et. al. Treaty of public health. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p p. 137-170.
- [5] L. S. Vigotski. Mind in Society: the development of higher psychological processes. Cambridge: Harvard University Press, 1978.
- [6] L. S. Vigotski. The construction of thought and language. Translation Paulo Bezerra. Sao Paulo: Martins Fontes, 2010a. Title: Michliênne i Rietch
- [7] L. S. Vigotski. Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes. Translation Paulo Bezerra. Sao Paulo: Martins Fontes, 2010b.
- [8] M. T. A. Freitas. The socio-historical approach as guiding of qualitative research. Codernos de Pesquisa, Sao Paulo, n. 116, pp. 21-39, July 2002.
- [9] M. C. S. Minayo. Social research: theory, method and creativity. 25. ed. Petropolis: Vozes, 2007.
- [10] M. C. S. Minayo. The challenge of knowledge: qualitative health research. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- [11] L. Boff. Care knowledge: the human ethics - compassion for the earth. 11. ed. Petropolis: Vozes, 2004.
- [12] V. R. Waldow. Care Update: the pursuit of payment. In: V. R. Waldow. Human care: the need rescue. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999, pp. 127-149.
- [13] V. R. Waldow. The health care: the relationship between the self, the other and the cosmos. Petropolis: Vozes, 2004.
- [14] M. McEwen and E. M. Wills. Theoretical Basis for Nursing. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- [15] F. C. Carbogim, D. B. C. Friedrich, V. A. A. Püschel, L. B. Olivieria and H. R. Nascimento. Paradigm of comprehensiveness in the curriculum and strategies for nursing education: a cultural-historical approach. R. Enferm. Cent. O. Min. v. 4, n.1, pp. 961-970, 2014.
- [16] F. C. Carbogim et al. . Nursing education in Brazil: A look at holism in care. Journal of Nursing Education and Practice, v. 3, n. 2, p. p93, 2012.
- [17] F. C. Carbogim et al. Nursing and environmental health: portfolio as mediator from the historical-cultural perspective. Journal of Nursing UFPE on line v. 8, n. 5, pp. 1400-4, 2014.
- [18] M. Foucault. . The birth of social medicine. In: Foucault, M. Microphysics of power. Rio de Janeiro: Grail, 2001b. p. 79-98.
- [19] J. R. C. M. Ayres. Care and reconstruction in healthcare practices. Interface: communication, health and education, Botucatu, v. 8, no. 14, p. 73-92, 2004.
- [20] K. L. Silva and R. R. Sena. Integrality of health care: indications from the training of nurses. Revista da Escola de Enfermagm da USP , São Paulo, v. 42, n. 1, pp. 48-56, 2008.