

# INTEGRALIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: DESAFIOS PARA A PRÁTICA ASSISTENCIAL



Lorena Guimarães Ferreira Honorato<sup>1</sup>

Telma Suanne Rocha dos Santos<sup>2</sup>

Gina Andrade Abdala<sup>3</sup>

Cristina Zukowsky-Tavares<sup>4</sup>

Maria Dyrce Dias Meira<sup>5</sup>

**Resumo:** Introdução: as políticas públicas tratam-se do conjunto de programas e atividades desenvolvidas pelo poder público e são executadas com o patrimônio público acumulado. O termo "integralidade" tem sido empregado para indicar um dos princípios do Sistema Único de Saúde e os atributos desejáveis dos preceitos da saúde e das técnicas que nelas são desempenhadas. Objetivo: refletir criticamente sobre a aplicação das políticas públicas de saúde no Brasil no que tange ao princípio da integralidade e sua atual condição na execução das práticas de saúde. Método: ensaio crítico a partir de revisão histórica e conceitual da literatura. Resultados: o texto abrange o histórico das políticas públicas de saúde e a Integralidade no contexto dessas políticas e sua aplicação na prática. Conclusão: a integralidade está em plen desenvolvimento e transformação, pois a cada dia, os atores envolvidos nesse processo se apropriam da necessidade de concretizar este princípio.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas; Saúde; Integralidade em saúde.

## COMPREHENSIVENESS IN THE PUBLIC HEALTH POLICIES: CHALLENGES FOR ASSISTANCE PRACTICE

**Abstract:** Introduction: the public policies are the set of programs and activities undertaken by the Government and are executed with the accumulated public assets. The term integrality (or comprehensiveness) has been used to indicate one of the Health Unic System principles and indicates desirable attributes of health principles and techniques that are performed on it. Objective: To reflect critically on the implementation of public health policies in Brazil with regard to the principle of comprehensiveness and its current condition in the implementation of health practices. Method: historical and conceptual review with a critical essay. Results: The text covers history of public health policies and the Comprehensiveness in the context of these policies

.....  
<sup>1</sup> Assistente social e mestre em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp-SP). E-mail: loreskot@hotmail.com

<sup>2</sup> Assistente social e mestre em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp-SP). E-mail: as\_suanne@hotmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira e doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp-SP). E-mail: gina.abdala@unasp.edu.br

<sup>4</sup> Pedagoga e pós-doutora em Educação pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp-SP). E-mail: cristina.tavares@unasp.edu.br

<sup>5</sup> Enfermeira, mestre e doutora em Ciências. Docente do Programa do Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp-SP). E-mail: dyrcecm@yahoo.com.br

and their application in practice. Conclusion: comprehensiveness is in a full development and transformation, because every day, the actors involved in this process are appropriating of the need to implement this principle.

**Keywords:** Public Policy; Health; Integrality in health.

## Introdução

O direito à saúde é considerado um princípio fundamental do ser humano, e esse direito é descrito Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988), na qual foram estabelecidos os princípios fundamentais inerentes aos cidadãos, dentre eles, a dignidade da pessoa humana e a garantia do direito à saúde. Como forma de resguardá-lo, foi instituído que competia ao “Poder Público” o dever de zelar pela proteção à saúde da população e garantir a efetivação desse direito, por meio de políticas públicas criadas com essa finalidade (BARROSO, 2009, p. 10; NUNES, 2016).

Para a execução das políticas de saúde que visavam a garantia desses direitos, tornou-se necessária a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que propõe o acesso igualitário a todos os cidadãos, na Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990; MARQUES, 2008, p. 8).

A integralidade, enquanto princípio norteador das ações de saúde, foi defendida no Movimento de Reforma Sanitária do Brasil, o qual nas décadas de 1970 e 1980, mobilizou inúmeras iniciativas de luta para garantir a qualidade nas condições de vida e de trabalho da população. A integralidade passou a ganhar evidência e resolubilidade junto às equipes de saúde por meio de constantes reuniões de capacitação para a organização dos serviços de saúde.

Deste modo, foi necessário reconhecer que, com as estratégias de melhoria de acesso somado com as práticas de acolhimento e o vínculo de responsabilização, a integralidade foi se estabelecendo de forma mais concreta. A partir desse contexto, foi ocorrendo, paulatinamente, a transição do modelo de atenção à saúde, historicamente centrado na oferta de serviços e no profissional médico, para uma atenção mais centrada no usuário (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; AYRES, 2009; KALICHMAN; AYRES, 2016).

Foram ordenados três sentidos para a integralidade a partir desses movimentos, quais sejam: a “integralidade como traço de boa medicina”, a “integralidade como modo de organizar as práticas” e a “integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde”. Cada um dos sentidos atribuídos à integralidade não esgota o aprofundamento conceitual da temática frente a sua complexidade (MATTOS, 2009, p. 48-61; SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017). Vale ressaltar que a concepção de integralidade apresentada na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) prevê intervenções “pautadas no reconhecimento da complexidade, potencialidade e singularidade de indivíduos, grupos e coletividades, construindo processos de trabalho articulados e integrais” (BRASIL, 2015, p. 27).

Abordar a integralidade é defender as ações práticas do SUS, as quais são sempre intersubjetivas, pois os profissionais de saúde se relacionam com pessoas e não com objetos. A temática evoca para o debate uma reflexão de como se apresentavam as práticas de saúde, visando a integralidade nos diferentes momentos de atenção os usuários que, segundo defendia Merhy (1997), deviam ser pautadas em uma relação humanizada, acolhedora e resolutiva na qual os trabalhadores e o serviço, como um todo, deviam estabelecer vínculos empáticos com os diferentes

tipos de usuários. Defendia, ainda, que a forma de abordagem seria o diferencial para o êxito do tratamento, pois quando o paciente se sente acolhido e respeitado, se estabelecem vínculos de confiança e ele passa a aceitar o tratamento e as intervenções propostas pelos profissionais de saúde, favorecendo a prática da integralidade.

O presente artigo tem como objetivo refletir criticamente, em uma perspectiva histórica, sobre a integralidade nas políticas públicas de saúde no Brasil e sua aplicação na prática assistencial.

## Método

O artigo foi estruturado como um “Ensaio Reflexivo” a partir de uma revisão narrativa da literatura com a finalidade de analisar a integralidade, como princípio do SUS, e suas repercussões nas ações assistenciais de saúde.

O material foi buscado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), no Google acadêmico, bem como textos relacionados à Legislação Federal. Utilizou-se como critério de inclusão os textos que abordavam os elementos históricos e conceituais referentes à integralidade desde os anos 1980, incluindo a implantação do SUS e as mudanças importantes que foram sendo instituídas nas políticas de saúde.

## Resultados

Nos tópicos a seguir se apresentam um breve histórico das políticas públicas de saúde e como a integralidade se insere no contexto dessas políticas, incluindo os desafios para a sua aplicação nas práticas de saúde.

### Integralidade nas Políticas Públicas de Saúde no Brasil

As políticas públicas tratam do conjunto de programas e atividades desenvolvidas pelo poder público, cujas ações são executadas com o patrimônio público acumulado e administrado por ele (TEIXEIRA, 2002, p. 2).

As primeiras políticas públicas de saúde no Brasil foram elaboradas no século 16 com a vinda da família real de Portugal para o País. A implementação dessas políticas enfrentou os obstáculos da carência de profissionais médicos para uma assistência estruturada. Isso fez com que proliferassem no país os chamados “Boticários”, nome atribuído aos profissionais manipuladores dos medicamentos e outros produtos com fins terapêuticos vendidos nas boticas, no período colonial do Brasil (POLIGNANO, [s. d.], p. 3).

Em uma ampla contextualização cita-se o ano de 1892, em que foram criados os primeiros laboratórios bacteriológicos, já com objetivo de melhorar as condições sanitárias para as cidades urbanas. Surgem, então, nas primeiras décadas do século 20, as caixas beneficentes. Foram pensadas como uma espécie de poupança coletiva, depositada pelos trabalhadores, que funcionava como seguro para suas famílias. No entanto, apenas quem contribuía tinha cobertura para algum auxílio (BEHRING; BOSCHETII, 2006).

Com o crescente aumento no processo de industrialização e o fortalecimento das forças produtivas, para garantir o crescimento dos centros urbanos, foi preciso cuidar da atenção à saúde da população. Houve nesta época a implementação de programas e serviços auxiliares de assistência médica, realizados por meio de práticas “clientelistas” típicas do regime populista,

caracterizado pelo que foi chamado de “Era Vargas” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 20).

Em maio de 1953 foi criado o Ministério da Saúde (MS) que, contando com verbas irrisórias, confirmou o descaso para com a saúde da população. No ano de 1956 foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), com o intuito de promover a educação sanitária da população rural (LEITE, 1981, p. 10).

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que originou um sistema previdenciário para todos os brasileiros que estivessem inseridos no mercado de trabalho, foi criado em 1966. Mais uma vez se observou a negligência para com aqueles que não tinham algum tipo de contribuição e que, na verdade, sempre foram os mais necessitados (MOTA, 2007, p. 46).

Na década de 1980, período da democratização política, a sociedade brasileira foi marcada por inúmeros conflitos e a participação de novos indivíduos na discussão das condições de vida da população. Essas pessoas, no coletivo, eram representadas por profissionais de saúde que iniciaram o movimento sanitário com apoio dos partidos políticos de oposição ao Estado. Propuseram a universalização do acesso em uma concepção de saúde como direito social e dever do Estado (SARRETA, 2009).

Somente a partir de 1988 que esse direito foi reconhecido concretamente como responsabilidade do Estado, que toma para si o dever de universalizar a saúde. Assim, o sistema, antes restrito ao trabalhador segurado, passa à totalidade da população. A Constituição Federal passa, então, a garantir o direito à saúde a todos os cidadãos, o que, de acordo com Sarreta (2009, p. 19), representou um marco para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde no país.

A partir desse marco, a saúde foi inserida nas políticas de proteção social e passou a fazer parte da Seguridade Social. Criou-se então o Sistema Único de Saúde (SUS) e sua implementação tornou o acesso à saúde universal para todos os cidadãos. Como princípios doutrinários norteadores, o SUS adotou a universalidade, a equidade e a integralidade. No tocante às diretrizes, pode-se citar: o controle, a descentralização, a hierarquização, a regionalização e a territorialização. Destaca-se, em seus princípios e diretrizes, que todos têm direito à saúde e cabe ao Estado garantir esse direito aos brasileiros. Também há de se incluir o princípio de justiça social que trata do aspecto que assegura a todos oportunidades iguais quanto a usar os recursos disponibilizados pelo sistema de saúde bem como um atendimento integral, que contempla as necessidades da população (MARQUES, 2008; SOUZA; COSTA, 2010)

O SUS trouxe nova concepção de saúde e atenção quanto aos aspectos da prevenção, proteção e recuperação da saúde (ALMEIDA *et al.*, 2001) Contudo, considera-se que o SUS ainda está longe de ser um sistema constitucional, pois com a política neoliberal, o acesso à saúde torna-se cada vez mais distante da população. O que deveria ser “dever do Estado” é passado adiante e vai para o terceiro setor com a alegação de melhorar o atendimento à população. Assim, o Estado vai deixando de ser responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador.

Nesse contexto, a afirmação da hegemonia neoliberal é o principal responsável pelo sucateamento da saúde. A negligência no atendimento, a falta de financiamento, a fiscalização inoperante e a falta de estrutura e investimento são fatores que refletem na vida dos usuários que sofrem a precariedade nos atendimentos hospitalares. O que foi construído na década de 1980 passa a ser desconstruído. A atenção à saúde como preconizada na Constituição Federal, que deveria ser pública e de qualidade, está se amarrando em entraves institucionais (ALMEIDA *et al.*, 2001, p. 35).

A 15ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”, apontou as estratégias de reforma estrutural do Estado e defendeu que as reformas democráticas e populares seriam um eixo transversal das políticas. Estabelece-se, então, uma agenda de mobilização em torno do enfrentamento das desigualdades e iniquidades na saúde com propostas de ação que defendiam deliberadamente os princípios constitucionais do SUS (DOMINGUEZ, 2015).

O tema da conferência não tratava apenas de princípios, mas de como fazer chegar ao “dia a dia” da rede, no atendimento integral para todos que usam o SUS. Cuidar bem não se restringe à humanização do atendimento. Florentino, relator-geral da 15ª Conferência, professor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília e ex-secretário executivo do Conselho Nacional de Saúde, citado por Dominguez (2015, p. 10), enfatizou que os profissionais de saúde deveriam “criar vínculos” com o usuários do SUS considerando o seu contexto de vida e “cuidar bem das pessoas mediante a realização e a valorização do trabalho multiprofissional e interdisciplinar”.

O desafio, então, passou a ser o de manter a saúde universal garantida na Constituição Brasileira como direito de todos, presumindo que cabe ao Estado o papel de provedor de uma assistência integral à saúde de todos.

## **Desafios para inserção da integralidade nas práticas de saúde**

A integralidade nas políticas públicas de saúde traz à baila o debate do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e as modificações de compreensão do que é saúde, de ideologias de Estado e de atores dessa história que evidenciam a heterogeneidade com que se depara o SUS (BRASIL, 2001, p. 15). Para Merhy (2004), esse espaço tem se tornado de intensa e permanente disputa, em que se atribui como cultura o atendimento individualizado à saúde em um modelo neoliberal e privatista.

A abordagem integradora se faz necessária, pois está pautada na articulação do processo do cuidado e na melhora dos serviços de saúde. Para tanto, a integralidade da assistência deveria ser acompanhada, em todos os níveis que administram o cuidado, para evitar a sua fragmentação. Cada paciente deveria ser avaliado e ter um projeto terapêutico instituído, norteado e acompanhado por um processo de trabalho e não por uma lógica mercadológica de consumo (MALTA *et al.*, 2004).

A baixa capacidade de articulações políticas ou o pouco repasse de investimento público aos municípios tornava inviável prover uma assistência hospitalar ou de serviços especializados com a qualidade requerida para garantir a saúde dos usuários do SUS (BRASIL, 2002, p. 15). Essa lógica chega a se confrontar com o cotidiano da saúde, em que os profissionais atuam, ou deveriam atuar, com o objetivo de promover o bem-estar do cliente/paciente e o desenvolvimento de ações curativas e preventivas no processo saúde/doença e na promoção de uma saúde integral (PINHEIRO; MATTOS, 2003).

Assim, se evidencia a necessidade da construção de redes articuladas regionais que atuem na superação da desintegração organizacional e da competição entre órgãos gestores, promovendo a integralidade na Atenção à Saúde (KALICHMAN; AYRES, 2016).

As instituições de saúde possuem um papel estratégico na assimilação de conhecimentos quanto às novas formas de agir e produzir a integralidade no contexto da saúde pública (PINHEIRO; MATTOS, 2003). Isso é protagonizado no momento em que se reúnem, em um mesmo espaço, diferentes profissionais com objetivos, saberes e interesses distintos. As instituições de saúde

são privilegiadas por possuírem um campo de observação e análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, seja por meio de práticas terapêuticas prestadas aos pacientes ou das práticas de saúde difundidas na coletividade em uma perspectiva de promoção da saúde (RODRIGUES *et al.*, 2016; BRASIL, 2015).

Outro importante aspecto que se descortina, para a efetivação da integralidade, é a inserção da Religiosidade/Espiritualidade (R/E) nas políticas públicas e na assistência à saúde prestada em todos os níveis, especialmente, na Atenção Básica (CASTILHO; CARDOSO, 2015).

Em pesquisa desenvolvida em uma regional da Estratégia Saúde da Família (ESF), na Zona Sul de São Paulo (BR), os profissionais de saúde, participantes do estudo, reconheceram o importante papel dessa dimensão do ser humano para integrar a assistência à saúde, com resultados mais efetivos. Destacaram que o modo como os profissionais estão lidando com a complexidade e a diversidade de facetas da integralidade demonstra o desafio que se impõe para a inserção desse princípio na prática assistencial (COLIMOIDE *et al.*, 2017; WRUCK, 2016; SENS, 2016).

Por fim, há de se considerar que, a despeito dos avanços e retrocessos das políticas públicas de saúde para uma assistência pautada na integralidade, o momento social, econômico e estrutural do país tem interferido na condução de políticas mais assertivas e adequadas ao que é demandado pelas necessidades de saúde das pessoas. Destaca-se que a última revisão da política que define as diretrizes para a organização da Atenção Básica (BRASIL, 2006) gerou críticas contundentes quanto aos possíveis prejuízos à assistência prestada na ESF. As alterações propostas poderão atingir uma população majoritariamente carente e dependente de uma assistência à saúde que precise interferir nos condicionantes e determinantes de saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018)

## Considerações finais

Para um SUS consolidado em seus princípios e diretrizes e para que todos tenham um atendimento que viabilize a integralidade, faz-se necessária a valorização do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, bem como ações concretas de enfrentamento às iniquidades que afetam constantemente e de forma diferenciada a população brasileira. Destaca-se que foram considerados como práticas inovadoras alguns aspectos como: tomada de decisão, definição de prioridades, elaboração de orçamento, políticas setoriais e intersetoriais, compras de bens e serviços, entre outras. Essas práticas envolvem processos de mudanças voltados à solução de problemas e enfrentamento dos desafios em relação ao uso dos recursos disponibilizados para uma prática integradora.

Assim, percebe-se que a integralidade nas políticas públicas de saúde está em pleno desenvolvimento. No entanto, a prática assistencial, com essa perspectiva, se mostra complexa e desafiadora devido ao número de atores envolvidos com a saúde e o fato de que se renovam a cada dia.

Depreende-se da reflexão, possibilitada por este ensaio, que o SUS e, muito mais, os seus usuários, só têm a ganhar com políticas que propiciem a inserção da dimensão da Religiosidade/Espiritualidade na Integralidade voltada à prática assistencial. E ainda, que existem meios de se construir políticas públicas mais focadas nas necessidades de saúde dos pacientes, menos burocráticas, de mais fácil acesso, estruturadas na intersetorialidade e fortalecidas pela participação popular nas tomadas de decisão do Estado.



## Referências

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc**, v. 18, n. 2, p. 11-23, 2009.

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista de Direito Social**, v. 34, n. 11, 2009.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: Fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/22uqOY4>>. Acesso em: 30 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648, de 28 de Março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2rLwuSz>>. Acesso em: 23 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS**. Revisão da portaria MS/GM nº 687, 30 de março de 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2wGfLR3>>. Acesso em: 07 dez. 2018.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<https://bit.ly/1FieR0R>>. Acesso em: 04 out. 2017.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF: 1990. Disponível em: <<https://bit.ly/1UVpr2U>>. Acesso em: 04 mai. 2017.

CASTILHO, C. N.; CARDOSO, P. T. Espiritualidade, religiosidade e religião nas políticas públicas de saúde: um olhar para a integralidade. **REFACS** (online), v. 3, n. 1, p. 28-39, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2Qlml5n>>. Acesso em: 03 mai. 2019.

COLIMOIDE, F. P.; MEIRA, M. D. D.; ABDALA, G. A.; OLIVEIRA, S. L. S. S. Integralidade na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Bioética**, v. 25, n. 3, p. 611-617, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2YRwxuW>>. Acesso em: 04 out. 2018.

DOMINGUEZ, B. **Um tema, múltiplos sentidos qualidade, bom cuidado, direito**: relatório geral e documento da 15ª Conferência Nacional de Saúde orientam debate. 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2HN6lw4>>. Acesso em: 02 out. 2017.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 15, p. 345-353, 1999.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de Atenção à Saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cad.**

**Saúde Pública**, v. 32, n. 8, e00183415, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2JOEEoy>>. Acesso em: 30 mai. 2019.

LEITE, C. **A crise da previdência social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

MARQUES, L. S. A saúde pública e o Direito Constitucional brasileiro. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. XI, n. 59, nov. 2008. Disponível em: <<https://bit.ly/2Kb3fn7>>. Acesso em: 04 out. 2017.

MALTA, D. C.; CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; JORGE, A. O.; COSTA, M. A. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Cienc. Saúde Coletiva**. v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. p. 43-68. Disponível em: <<https://bit.ly/2XjUyKQ>>. Acesso em: 04 out. 2017.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO L. C. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

MOTA, A. E. S. Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências Recentes. In: MOTA, A. E. S.; GOMES, L.; BRAVO, M. I. S.; TEIXEIRA, M.; MARSIGLIA, R. M. G.; UCHOA, R. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2007. p. 40-48.

NUNES, L. C. Intersetorialidade, atenção primária e formação em saúde. **Rev. APS**. v. 19, n. 2, p. 180, 2016.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2003.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão, [s. d.]. Disponível em: <<https://bit.ly/2Qly4Rr>>. Acesso em: 21 out. 2013.

RODRIGUES, T. F.; BRANDALISE, C. L.; SOUZA, R. N. M.; MORIYAMA, I. Processos de trabalho na Atenção Básica. In: UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; RODRIGUES, T. F.; DIAS, I. M. A. V. (Orgs.). **Percursos interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora Unesp; Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/2XbOAw>>. Acesso em: 29 set. 2016.

SENS, G. R. **Estilo de vida, religiosidade e a prática médica**: dilemas e desafios. São Paulo, 2016. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) – Programa de Mestrado em Promoção da Saúde, Centro Universitário Adventista de São Paulo, São Paulo, 2016.



SILVA, M. V. S.; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. Diverse meanings of comprehensiveness: between the presupposed and the experienced in a multi-disciplinary team. **Interface (Botucatu)**, v. 21, n. 62, p. 589-599, 2017.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

TEIXEIRA, E. C. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. **AATR**, Bahia, 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/30TXv75>>. Acesso em: 30 mai. 2019.

WRUCK, J. **Representação dos profissionais de saúde de um núcleo de apoio à saúde da família quanto à assistência espiritual para integralidade da atenção à saúde.** São Paulo, 2016. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) – Programa de Mestrado em Promoção da Saúde, Centro Universitário Adventista de São Paulo, São Paulo, 2016.