

A integralidade no Brasil e na Venezuela: similaridades e complementaridades

Integrality in Brazil and Venezuela:
similarities and complementarities

Carla Targino Bruno dos Santos¹

Ione Silva Barros¹

Anne Caroline Coelho Leal Árias Amorim²

Dais Gonçalves Rocha¹

Ana Valéria Machado Mendonça¹

Maria Fátima de Sousa¹

Abstract *This study aims to compare Primary Health Care (PHC) in Brazil and Venezuela, considering its characteristics as to integrality. It has a qualitative approach, using documental analysis, semi-structured interviews with key informants and field diary notes. We observed the three realms of integrality inherent to the health work process: comprehensive and holistic care, the individual viewed as a complex being with multiple needs, requiring the connection of various health knowledge; continuity of care in institutional micro-policy with interprofessional articulation, in order to consider individual care; continuity of care in macro-policy, when a shift to other levels of care is needed; intersectoriality was also included, when the needs of an individual and community require a cross-sectoral coordination, with action on determinants and conditionants of the health-disease process. It is worth highlighting the natural tendency to include a comprehensive community medical training. We conclude that those countries strengthened by democracy draw their integrality practices closer, as well as the construction of social and health policies for underprivileged populations to achieve equity.*

Key words *Integrality in health, Primary Health Care, Comparative study*

Resumo *O presente estudo tem como objetivo comparar a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil e na Venezuela, observando suas características quanto à integralidade. Possui abordagem qualitativa, por meio de análise documental, entrevistas semiestruturadas com informantes-chave e anotações em diário de campo. Observou-se as três dimensões de integralidade inseridas no processo de trabalho em saúde: o cuidado integral e holístico, visão do indivíduo como um ser complexo com múltiplas necessidades, exigindo a conexão de diversos saberes em saúde; a continuidade do cuidado na micropolítica institucional com articulação interprofissional, de forma a contemplar o cuidado singular; a continuidade do cuidado na macropolítica, quando é necessário um deslocamento aos demais níveis de atenção; incluiu-se ainda a intersectorialidade, quando as necessidades de um indivíduo e comunidade exigem uma articulação transectorial, com ação sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Ressalta-se ainda a tendência singular de inclusão de uma formação médica comunitária integral. Conclui-se que estes países, fortalecidos pela democracia, aproximam-se em suas práticas de integralidade, bem como na construção de políticas sociais e de saúde para as populações menos favorecidas, em favor da equidade.*

Palavras-chave *Integralidade em saúde, Atenção Primária à Saúde, Estudo comparativo*

¹ Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, 70910-900 Brasília DF Brasil. carlatbsantos@gmail.com

² Universidade Federal do Vale do São Francisco. Petrolina PE Brasil.

Introdução

O termo integralidade possui diversos conceitos e interpretações. Existe uma linha de pensamento que traz denominações voltadas para a política de saúde ou para respostas governamentais a certos problemas de saúde, com articulação das ações preventivas e assistenciais. Um segundo sentido diz respeito à organização dos serviços de saúde, e ainda um terceiro refere-se à própria prática de saúde como cuidado integral e holístico¹.

O termo integralidade, *integrality* ou *integrity* é definido pela Biblioteca Virtual de Saúde (Decs/BVS) como:

“Princípio fundamental de sistemas públicos de saúde que garante ao cidadão o direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até o mais difícil tratamento de uma patologia, não excluindo nenhuma doença, com prioridade para atividades preventivas e sem prejuízo dos serviços assistenciais. A integralidade supõe um cuidado à saúde e uma gestão setorial que reconheça a autonomia e a diversidade cultural e social das pessoas e das populações”².

Este artigo trata de todos os sentidos dados para o termo integralidade, principalmente como proposta de organização dos sistemas e serviços de saúde mantenedores da continuidade do cuidado ao indivíduo, família e comunidade. No Brasil, a atenção primária à saúde, operacionalizada predominantemente pela Estratégia Saúde da Família, é reconhecida também como estratégia orientadora e coordenadora do sistema de saúde brasileiro, corroborando com a implementação do princípio da integralidade³.

Trata-se do nível de atenção do SUS com maior resolubilidade dos problemas de saúde da população, e maior poder de organização e direcionamento do sistema como um todo. A Estratégia Saúde da Família, desde sua criação como Programa Saúde da Família, foi originada como uma estratégia para a reorganização e fortalecimento da atenção básica no SUS, contemplando a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde⁴.

O cuidado integral ou holístico traduz a visão de atenção ao indivíduo de forma particularizada e específica, bem como abordagem do indivíduo como um todo nas suas necessidades biopsicossociais. Leonardo Boff⁵ traz a visão de cuidado integral como uma busca pelo equilíbrio entre corpo, a mente e o espírito, e convocação do médico (corpo), terapeuta (mente) e sacerdote (espírito) para trabalharem juntos visando a totalidade do ser humano.

Outros países latino-americanos estruturaram os seus sistemas e serviços públicos de saúde apoiados em princípios e diretrizes semelhantes aos adotados no Brasil. A Venezuela, possui um sistema de saúde em transição desde 1999, quando foi aprovada a nova *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*. O setor público está constituído pelo Ministério da Saúde, pelo *Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS)*, pelo *Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSA)* e pelo *Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (IPASME)*⁶.

Na década de 90, ocorreu um processo de descentralização dos serviços de saúde dos Estados venezuelanos (17 de 23 Estados estão descentralizados), contribuindo com a fragmentação do sistema, uma vez que não ocorreu de forma pactuada e integrada. Com a criação da *Mission Barrio Adentro*, em 2003, iniciou-se um processo de transformação da rede sanitária-assistencial, inicialmente na atenção primária em saúde, com base num Modelo de Atenção Integral, que acontece desde então paralelamente e de forma não integrada com o modelo tradicional vigente.

Como no Brasil, na Venezuela coexistem dois paradigmas assistenciais de saúde, um voltado para o sistema tradicional e fragmentado, e outro direcionado às práticas integrais do cuidado e da atenção à saúde. Nesses vinte e seis anos de SUS avançou-se na formulação de políticas e práticas de saúde de forma a contemplar os princípios da universalidade e equidade, mas quanto a integralidade, podemos afirmar que é um dos seus maiores desafios⁷. Diante disso, observou-se a relevância em investigar experiências semelhantes na América-latina, como Brasil e Venezuela, de forma a comparar, como objetivo deste artigo, a atenção primária à saúde nestes países, observando suas características quanto à integralidade.

Métodos e técnicas

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa envolvendo o estudo de múltiplos casos onde o Brasil e a Venezuela constituem-se como unidades de análise comparada. Yin⁸ considera que o mesmo estudo pode conter mais de um caso único e o conjunto dos casos constituir-se-á em um projeto de casos múltiplos, e este é o tipo de estudo que utilizamos nesta pesquisa.

Este artigo correspondeu à uma análise parcial da pesquisa original intitulada “Da Política Institucional aos Processos do Cuidar: Estudos

Comparados sobre as práticas de Promoção da Saúde nas Equipes do PSF no Brasil e seus similares em Canadá, Cuba, Colômbia, Chile, Peru, Portugal e Venezuela”, realizado no Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP da Universidade de Brasília (UnB). Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde – FS/UnB.

Utilizou-se como técnica de coleta de dados a análise do arcabouço normativo nacional vigente, entrevistas semiestruturadas e a observação do contexto na ocasião da coleta de dados por meio de anotações em diário de campo. Para as entrevistas semiestruturadas, os participantes da pesquisa na Venezuela (Quadro 1) foram informantes-chave gestores de Serviços Públicos de Saúde do Estado, na Atenção Primária à Saúde, desenvolvida por equipes multiprofissionais com a vinculação de “agentes comunitários de saúde”, ou função similar. Os participantes da pesquisa foram identificados conforme as siglas a seguir:

No Brasil (Quadro 2), os participantes de pesquisa foram profissionais e gestores das equipes de Estratégia Saúde da Família, premiadas na III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, no III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família realizado, em 2008. Selecionou-se as experiências premiadas com destaque para a promoção da saúde. As unidades de análise no Brasil foram identificadas conforme as siglas a seguir.

Todas as informações apreendidas com as entrevistas semiestruturadas foram gravadas e traduzidas (no caso Venezuelano), posteriormente organizadas e categorizadas por meio do software NVIVO 9.0 e analisadas comparativamente. A categoria utilizada foi a integralidade, desta forma, buscou-se apreender das entrevistas todos os sentidos da integralidade relatados nos discursos, contemplando as definições de integralidade como cuidado holístico, cuidado integrado na micropolítica e macropolítica dos

serviços de saúde, intersetorialidade e a formação médica, considerados como subcategorias.

Resultados e discussão

O cuidado integral: individual e holístico

No que se refere à política, a Venezuela traz na sua constituição o direito ao cuidado integral, bem como atribui ao Estado a responsabilidade de fornecer tal serviço de forma semelhante à Constituição Brasileira de 1988, como foi expresso na fala a seguir.

“A nossa Constituição diz que todo venezuelano tem direito a uma saúde integral e que o Estado é responsável para que isso seja cumprido. Isso é o que diz na Constituição.” (MS) “Saúde é um direito de todos e dever do Estado”⁹.

Sob o ponto de vista da integralidade como cuidado integral e holístico, que representa o cuidado do indivíduo em todas as suas necessidades, sendo elas biológicas, psicológicas ou sociais, observamos a relação que os participantes da Venezuela fazem com a APS, como mostram as falas a seguir.

Quando falamos em cuidados de saúde primários, estamos falando de forma holística. Nós não podemos tomar qualquer outra coisa em consideração. (MBAI)

O cuidado integral/holístico está presente na APS venezuelana como pilar para organização e prestação dos cuidados primários em saúde. A *Mission Barrio Adentro I*, estrutura organizacional adotada para a APS em regiões mais vulneráveis, é composta por profissionais médicos cubanos e médicos venezuelanos com formação em Medicina Integral Comunitária e equipe multiprofissional, atuando na perspectiva deste cuidado holístico do indivíduo, das famílias e da comunidade.

Quadro 1. Participantes da pesquisa na Venezuela.

| Sigla | Local de atuação no período da pesquisa |
|-------|--|
| MS | Ministério da Saúde |
| MBAI | <i>Mission Barrio Adentro I</i> |
| APS | Atenção Primária à Saúde / Ministério da Saúde |
| TICS | Tecnologia, Informação e Comunicação em Saúde |

Fonte: Dados da pesquisa.

Quadro 2. Participantes da pesquisa no Brasil.

| Sigla | Município de atuação no período da pesquisa |
|-------|---|
| AMP | Amparo/SP |
| CAMP | Campinas/SP |
| FLOR | Florianópolis/SC |
| JPPB | João Pessoa/PB |
| ONPA | Ourlândia do Norte/PA |
| VAC | Vacaria/RS |

Fonte: Dados da pesquisa.

No Brasil, identificamos falas que traduzem a integralidade na visão holística, onde o profissional visualiza no seu processo de trabalho o indivíduo como um todo, parte e reflexo de um contexto. Eis as inferências que seguem:

A gente tendo hoje o olhar no indivíduo como um todo né? Sabendo da inserção dele no ambiente domiciliar, no ambiente de trabalho, então assim, a gente vê a importância até porque, até ele chegar na especialidade, a atenção primária vai ter que tomar conta desse cuidado, e muitas vezes esse cuidado não requer somente a demanda do especialista. Então o apoio matricial nesse sentido, ele vem fortalecer a questão do acompanhamento da continuidade do cuidado. (FLOR)

Então [no caso da tuberculose, por exemplo] a gente faz, vai, chama o próprio, a família, a gente já fez para fazer, é, busca ativa. Aí fizemos raio-x, em todos eles – comunicantes - fizemos, é exame de baciloscopia, [...] Então a gente faz essas ações. (ONPA)

A dificuldade de enxergar o indivíduo como um ser multifacetado, reflexo de vários fatores determinantes (individuais, familiares, ambientais, sociais, econômicos, educacionais, dentre outros fatores) produz obstáculos para os profissionais na realização de um cuidado verdadeiramente integral, favorecendo a continuidade do cuidado, processo que se inicia pela incorporação de princípios como acolhimento, estabelecimento de vínculos e responsabilização, considerados princípios de uma Linha de Cuidado Integral.

A concepção de alguns profissionais acerca da integralidade na atenção básica reforça a dimensão do usuário como um ser composto por diferentes aspectos, integrados entre si. Para a efetivação de uma assistência integral à saúde começa pela reorganização dos processos de trabalho na atenção básica, redefinindo práticas no sentido de criar vínculos, acolhimento e autonomia que valorizem as subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e as singularidades dos indivíduos, possibilitando um cuidado centrado no usuário¹⁰.

Observamos ainda, no Brasil, uma perspectiva que responsabiliza o usuário pela predominância de uma atenção voltada para a cura, colocando como dificuldade em ofertar cuidado integral o fato da população estar acostumada com o enfoque tradicional medicalocêntrico e os mesmos esperam este tipo de atendimento pelos profissionais, como mostra a fala a seguir:

É assim, a demanda de busca de tratamento é muito grande, então acho que isso aí está em primeiro lugar. Agora, a promoção a gente faz diariamente...educação em saúde, promoção... mas o peso, a demanda maior é o tratamento. (CAMP)

Estudos mostram que a oferta de serviços na atenção primária, quando ocorre de forma fragmentada, dificulta o acesso e compromete a qualidade e integralidade do cuidado ofertado. O acolhimento mostra-se importante ferramenta na construção do cuidado integral favorecendo a melhoria do acesso e a mudança de um paradigma voltado para a doença e o tratamento, para uma atenção focada no indivíduo¹¹.

Cuidado integrado na micropolítica dos serviços de saúde

Quando observamos a organização dos serviços de saúde na sua micropolítica

institucional, sob a ótica da integralidade, observou-se na Venezuela uma característica semelhante ao que é realizado no Brasil, onde o acolhimento é reconhecido como classificação de risco dos usuários, e a partir desta classificação, direciona o cuidado necessário para cada um individualmente, como mostra o trecho a seguir.

Fazemos no nível de atenção primária, o que é chamado de classificação dos pacientes. Qual é a classificação dos pacientes? Nós grupo 1, que é a pessoa aparentemente saudável, o grupo 2, que é a pessoa em risco, grupo 3, que está doente e tem a 4, isto é, com sequelas. Trata-se de uma grande complexidade. Se formos ver o nível do conceito de saúde integral. (MBAI)

No Brasil, os participantes trouxeram outros sentidos para a articulação da integralidade na micropolítica institucional, como na fala seguinte, que traz a interferência do acesso na construção de uma prática de cuidados integrais:

[...] eu acho que tem coisas, ainda, que o SUS não faz, né. Assim, seria bom se a gente conseguisse que ele fizesse tudo, né, nessa parte odontológica, porque tem coisas que o SUS ainda não cobre. Vamos supor: tem tratamento que ele não faz, né. (AMP)

Identificou-se a relação multiprofissional tecida na micropolítica institucional de

forma superficial, principalmente sob a forma de comunicação dos profissionais. A Venezuela ainda não caminhou na direção da informatização das informações individuais de saúde dos usuários, apesar de considerar uma etapa importante na consolidação do Sistema Nacional de Saúde, e traz a descentralização dos Estados como um obstáculo para a implementação de mudanças como esta.

Não existe nada automatizado agora. Está sendo criado. Porque se não automatizamos, não podemos controlar nada, pois nós somos poucos. É

por impressão, todos por impressão. Nós pensamos, veja, isso tem que ser vertical, horizontal, mas tem que haver uma rede de comunicação que uniformize o sistema e que, por exemplo, nós estamos tratando de ver que o número de identidades venezuelanas, ou seja, o que está metido ali, com todos os seus dados médicos e não médicos e que onde ele acesse a rede, em qualquer ponto do país, se possa conhecer a história da pessoa... Seu prontuário. Mas, é uma discussão que já leva vários...É algo assim bem complicado, pois sempre que é público, alguém que não é único. (MS)

A rede de informações locais ainda está em fase de fortalecimento na Venezuela. Os sistemas de informação ligados aos programas ministeriais e missões ainda não estão consolidados, de forma que gera-se uma demanda institucional de pactuação e definição destas estruturas. Como as informações que seguem.

Aqui, todos os programas de Saúde não têm sistema de informação. Nenhum. Então, desfrutar deste momento, quando fizemos o diagnóstico, primeiro assumiu a tarefa de definir a estrutura conceitual para que todos sejam envolvidos lá. A tarefa é um pouco complicada, mas não é difícil, porque muitas pessoas devem convergir para articular e envolver todo o processo. Ali estamos agora. Estamos definindo o quadro conceitual para ver qual será o sistema de informação que irá apoiar cada um dos programas e, em seguida, o que será a linha do tempo principal. (TICS)

No Brasil, desde 2011, o Ministério da Saúde trabalha na consolidação do Sistema Cartão Nacional de Saúde do SUS, de uso para cada cidadão, de forma a consolidar uma tendência de unificação e registro único. Tem como objetivos: identificar os usuários das ações e serviços de saúde; possibilitar o cadastramento dos usuários com abrangência nacional e base territorial; garantir segurança tecnológica quanto à integralidade das informações e à confidencialidade; vincular os usuários ao SUS, bem como permitir o acesso às suas próprias informações¹².

Cuidado integrado na macropolítica dos serviços de saúde

A macropolítica em saúde envolve diferentes equipamentos de saúde, com densidades tecnológicas variadas. No SUS, têm-se denominado Redes de Atenção à Saúde (RAS) o deslocamento do usuário por estes equipamentos de saúde, na efetivação do cuidado integral, singular e abrangente.

As portas de entrada desta rede de cuidados são: Atenção Primária em Saúde,

Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial e Especiais de Acesso Aberto¹³.

Semelhantemente ao Brasil, a APS também é considerada porta de entrada no sistema nacional de saúde venezuelano como descreve a fala a seguir:

Então, até que a comunidade não se dê por convencida pela realidade de que vou ao lugar, resolvo tudo e vou para casa, e é mais fácil pois ela é perto, não tenho que ir de carro e me transportar até o lugar. Eu creio que a credibilidade faz com que o sistema funcione. E que o sistema funcione e que você saiba de verdade que funciona. Eu vou, resolveram meu problema. Não resolveram, me mandam para o hospital. Porque no hospital, resolveram te mandar ao primeiro nível, e sigo com meu médico. (MS)

As RAS no Brasil funcionam de forma integrada e pactuada com todos os níveis de atenção à saúde por meio do matriciamento.

Existem vários espaços de rede de integração dos diferentes níveis de complexidade pra discutir mensalmente. [...]. Tem momentos de encontro entre profissionais de saúde mental e profissionais de saúde da família, pra discussão de casos de atendimento, visita domiciliar. [...] Depois tem espaços, também mensais, dessas equipes de saúde mental que dão apoio com os CAPS e o CAPS também tem interlocução com o hospital, fazendo uma linha de cuidado. (FLOR)

Então, a gente remove das aldeias para os municípios de referência, e dos municípios vêm aqueles casos que dependem de um tratamento mais especializado, média e de alta complexidade, e vêm para um Hospital Regional que fica em Redenção. [...] De todos os municípios, é da área de abrangência do Distrito, esses pacientes vêm para esse hospital aqui em Redenção. (ONPA)

A Linha de Cuidado (LC) integral surge diante da necessidade de repensar novas modelagens assistenciais, orientadas pelo princípio da integralidade, onde o trabalho-vivo promove mudanças no processo de trabalho em saúde. A característica primordial da LC é a construção de um cuidado centrado no usuário (singular), saindo da perspectiva de uma atenção focada na doença, nos profissionais ou no mercado¹³.

Intersetorialidade

O Brasil e a Venezuela assemelharam-se no que se refere à intersectorialidade no setor da saúde. Partindo de definições similares do processo saúde-doença, estes países acreditam que a saúde e bem-estar dos indivíduos são condicionados e

determinados por múltiplos fatores, de ordem orgânica, biológica, social, psicológica, ambiental, histórica, cultural, educacional, dentre outros.

Como já dizia Andrade há dez anos, o SUS, além de um conceito de saúde multicondicionada e multideterminada, exige na sua prática cotidiana, na busca da integralidade, ações multiprofissionais. Esta, por sua vez, implica na articulação dos mais diversos saberes em prol da promoção da saúde dos usuários, seja na dimensão individual como coletiva. Ou seja, o próprio exercício dos princípios e diretrizes do SUS exige uma articulação de saberes e práticas transectoriais¹⁴.

Estados que possuem esta visão, tendem a organizar suas ações e legislações em saúde de forma a contemplar a multidimensionalidade do cuidado, ou seja, permitem articulações entre os mais diversos setores externos ao da Saúde. As falas a seguir reforçam tais inferências:

Então, para que possamos alcançar APS, temos que envolver outras instituições que não a saúde. Exemplo, nossos filhos estão crescendo de 2 polegadas. Isso faz parte da política de saúde em integral. Mas é responsabilidade direta do Ministério da Alimentação. É uma política de Estado que resulta em um indicador que diz que seus filhos estão crescendo. (MBAI)

A nível de atendimento primário. Conseguiram avanços com outros ministérios; com o Ministério do Ambiente, com o Ministério da Vivendas.... Aqui nós temos um Ministério de Comunas, também temos relação. A nível de atendimento hospitalar existem algumas redes como organismos de segurança e isso; mas o resto está em construção. (MS)

Teve [parceria] com o DLU [que participou da experiência], que é o departamento de limpeza urbana. Ah, e a gente esqueceu dos projetos, a gente faz baile ... com os idosos, uma vez por mês o ônibus da prefeitura vem e busca eles, eles vão junto e foram também o CRAS, que oferece pra eles também têm aulas de artesanato, coral, tem tido isso, a gente tem bastante coisa. (CAMP)

Porque, assim, eu trabalhava na parte escolar, né? Com visita às escolas, né? E... existe outra forma de estar chamando, também, essas crianças, essas escolares, com um levantamento que acontece. Antes, ele era anual. Acho que, a partir desse ano, ele passou a ser a cada dois anos, que os dentistas vão lá às escolas da sua área ali, fazem um levantamento, uma pré-triagem, né? Examinam a boca de todas as crianças e chamam também. Então é outra forma de acesso, né, ao tratamento, que casa com a ficha também, que a ficha é mais para chamar os indivíduos do bairro. E tem também essa forma de atendimento ao escolar. (AMP)

Tem uma parceria também com o MDS (Ministério do Desenvolvimento Social), que eles fornecem cestas de alimentos pelo Ministério do Desenvolvimento Social [...] É, com a distribuição de cestas de alimentos, só que assim as parcelas que a gente recebe, é, assim, não são/ não são mensalmente, por exemplo. Elas são... [...] seis (etapas) [...] duas vezes ao ano. (ONPA)

A intersetorialidade em saúde prevê ações articuladas com outros setores de política social, mas não foi adotada prioritariamente pelos gestores nas três esferas governamentais brasileiras, responsáveis pela execução das políticas de saúde, destacando as ações voltadas para uma integralidade caracterizada pela referência e contra-referência nos diversos níveis de atenção à saúde¹⁵. A integralidade, que também abrange a intersetorialidade, ainda não ocupa uma agenda de prioridade no setor da saúde:

...a integralidade é a diretriz do SUS que menos se desenvolveu nestes 20 anos de existência do sistema, ao contrário das diretrizes da descentralização e do controle social, tomadas como centrais na trajetória recente do setor¹⁵.

A consolidação de estratégias e arranjos organizativos que permitam o exercício da integralidade no SUS ainda é um desafio. Na APS, principalmente devido sua implicação na promoção da saúde e ações sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, reside a maior urgência em configurar-se serviços de atenção à saúde integral efetivamente.

A formação em Medicina Comunitária Integral

Na República Bolivariana da Venezuela foram criados os Cursos de Medicina Comunitária Integral, formado por médicos cubanos, parte do acordo Venezuela-Cuba, com o objetivo de formar médicos venezuelanos para um atendimento integral, modelo de atenção à saúde instituído nas *Missiones Barrio Adentro*. Tal característica nos remete ao Programa Mais Médicos no Brasil, criado com o objetivo de fortalecer a atenção primária brasileira, levando o profissional médico aos locais mais remotos e de difícil acesso, para cobertura de uma população vulnerável. Este programa ainda prevê o aumento no número de vagas e cursos de medicina no país, bem como reforma curricular que inclua a APS nos programas de ensino-aprendizagem. Tal avanço mostra-se nas falas a seguir:

A UFSC envia os alunos pra gente também por que é uma experiência fundamental pra eles passar

pela assistência primária, eles não podem passar por uma faculdade sem saber o que se faz aqui e isso tem mudado porque até pouco tempo atrás era uma vez por semana só a visita deles aqui, mas com a mudança do currículo eles passam um período imerso aqui manhã e tarde e aí dá pra vê o que se faz. (FLOR)

... o Programa Comunidade Medicina Integrada focado para formar um médico, com todas as habilidades médicas, mas que com maior força na promoção e prevenção, obviamente, com capacidades para o diagnóstico, terapêutica e reabilitação. Era o perfil do médico que são formados em sua comunidade. (MS)

Enquanto na Venezuela coexistem a Universidade Bolivariana (formação integral com apoio do Acordo Venezuela-Cuba) e a Universidade Central da Venezuela (formação médica tradicional fragmentada), o Brasil passa por um momento de transição curricular nas diversas universidades do país, que estão com o desafio de incluir em seus currículos a formação em medicina comunitária, preparando os futuros profissionais para atuarem na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação junto a comunidade.

Considerações finais

Este estudo comparativo da integralidade entre Brasil e Venezuela traz as similaridades na aplicação deste princípio na atenção primária à saúde nestes países latino-americanos, bem como aponta evidências de complementaridade.

Quanto aos conceitos do termo integralidade, assemelham-se na visão de três dimensões. Primeiro a definição do cuidado integral e holístico, que busca ofertar aos usuários um cuidado singular, abordando as necessidades peculiares a cada indivíduo, nas dimensões orgânicas, biológicas, psicológicas, sociais, dentre outras.

Para a implementação de um cuidado integral e holístico efetivo, é necessária uma atuação inter e transdisciplinar, bem como configurar o processo de trabalho em saúde no espaço vivo da micropolítica institucional de forma que as necessidades em saúde dos usuários sejam contempladas, definindo a segunda dimensão.

Partindo de um conceito abrangente de saúde, como no SUS, faz-se necessária uma articulação com os mais diversos níveis de atenção à saúde, o que no Brasil denominamos trabalho em rede e linha de cuidado, ou seja, uma terceira dimensão de integralidade, a da continuidade do cuidado na macropolítica institucional. Na Vene-

zuela, as *Misiones Barrio Adentro* expandem-se de forma a dar conta de todos os níveis de atenção, uma vez que as pactuações com as estruturas tradicionais não são efetivas.

A intersetorialidade ocupa um espaço importante na integralidade, uma vez que a APS tem como foco principal ações de promoção da saúde, que impactem diretamente nos agentes condicionantes e determinantes do processo saúde-doença. A APS, seja no Brasil, seja na Venezuela, envolve no seu processo de trabalho em saúde, numa visão macropolítica, os saberes e práticas de outros setores.

A formação médica na Venezuela ocorre de forma polarizada, de um lado a formação em medicina comunitária integral, de outro a medicina tradicional. No Brasil, movimentos em direção a reforma curricular e formação médica em saúde da família ou medicina comunitária ainda estão em elaboração, motivados principalmente pelo Programa Mais Médicos.

Podemos destacar neste estudo que políticas sociais com as *Misiones* (Venezuela) e os Programas Ministeriais (Brasil) voltados para as populações mais vulneráveis ocasionam um impacto sistêmico nos processos de trabalho em saúde, fortalecendo ainda mais a atenção primária como ordenadora e coordenadora de sistemas nacionais de saúde.

Colaboradores

CTB Santos, IS Barros e ACCLA Amorim participaram da análise e interpretação dos dados; redação do artigo. DG Rocha participou da concepção e execução das etapas do projeto, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. AVM Mendonça participou da concepção e execução das etapas do projeto, co-orientação da redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada do artigo. MF Sousa: concepção e execução das etapas do projeto, orientação da tese de doutorado e da redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada do artigo.

Referências

1. Mattos RA. Integralidade na prática (ou sobre a prática da Integralidade). *Cad Saude Publica* 2004; 20(5):1411-1416.
2. Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). *Descritores em Saúde*. [acessado 2014 jun 20]. Disponível em: <https://www.bvs.org.br>
3. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):783-794.
4. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Cien Saude Colet* 2009; 14(Supl. 1):1325-1335.
5. Boff L. Concretizações do cuidado. In: Boff L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes; 1999. p. 133-156.
6. Bonvecchio A, Becerril-Montekio V, Carriedo-Lutzenkirchen A, Landaeta-Jiménez M. Sistema de salud de Venezuela. *Salud Publica Mex* 2011; 53(2):S275-S286.
7. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Sistemas de Alocação de Recursos a Prestadores de Serviços de Saúde. In: Gadelha P, Carvalho JN, Pereira TR, organizadores. *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ipea, Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2012. p. 206.
8. Yin RK. *Estudo de caso. Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2001.
9. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto legislativo no 186/2008 e pelas emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35ª ed. Brasília: Ed. Câmara dos Deputados; 2012.
10. Mattioni FC, Denardin Budó ML, Schimith MD. O Exercício da Integralidade em uma Equipe da Estratégia Saúde da Família: Saberes e Práticas. *Texto Contexto Enferm* 2011; 20(2):263-271.
11. Macedo CA, Teixeira ER, Daher DV. Possibilidades e Limites do Acolhimento na Percepção de Usuários. *Rev. enferm. UERJ* 2011; 19(3):457-462.
12. Brasil. Portaria Nº 940, de 28 de Abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). *Diário Oficial da União* 2011; 29 abr.
13. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)* 2010; 14(34):593-605.
14. Andrade LOM. A saúde e o dilema da intersetorialidade. In: Andrade LOM. *A saúde e o dilema da intersetorialidade*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 279-293.
15. Monnerat GL, Souza RG. Da Seguridade Social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *R. Katál.* 2011; 14(1):41-49.

Artigo apresentado em 31/05/2016

Aprovado em 28/06/2016

Versão final apresentada em 30/06/2016