

O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – UTOPIA?

THE PRINCIPLE OF INTEGRALITY IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS) – UTOPIA?

EL PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD EN EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD (SUS) – ¿UTOPIA?

Suelen Alves Rocha¹
Silvia Cristina Mangini Bocchi²
Carmen Maria Casquel Monti Juliani³

RESUMO:

A Constituição Federal Brasileira de 1988 criou o conceito de Seguridade Social, formado pela tríade: Saúde, Previdência Social e Assistência Social. Instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é conquista de uma sociedade que busca justiça social, integralidade, acesso igualitário e universal aos serviços de saúde. No presente ensaio discorro sucintamente sobre os diversos sentidos da integralidade. Apresento os suportes teóricos da complexidade e transdisciplinaridade contrapondo-se ao reducionismo, objetivando demonstrar que por meio da transdisciplinaridade e da intersectorialidade a integralidade pode ser alcançável.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Dinâmica não linear. Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT:

The Brazilian Federal Constitution promulgated in 1988 created the concept of Social Welfare, which is based on the triad: Health, Social Security and Social Assistance. The Unified Health System (SUS) was then instituted. SUS is a conquest of a society that seeks social justice, integrality, equalitarian and universal access to health services. In the present essay, I succinctly discourse on the various meanings of integrality. I present the theoretical basis of complexity and transdisciplinarity by opposing to reductionism, aiming at showing that, by means of transdisciplinarity and intersectoriality, integrality can be achievable.

Key words: Unified Health System. Non-linear dynamics. Integral Health Care.

¹ Enfermeira Residente Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. E-mail: suelenalvesrocha@gmail.com

² Doutora em Enfermagem (EEUSP). Docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. E-mail: sbocchi@fmb.unesp.br

³ Doutora em Enfermagem (EEUSP). Docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. E-mail: cjuliani@fmb.unesp.br



RESUMEN:

La Constitución Federal Brasileña de 1988 creó el concepto de Seguridad Social, formado por la tríada: Salud, Previdencia Social y Asistencia Social. Se instituyó el Sistema Único de Salud (SUS). El SUS es una conquista de una sociedad que busca justicia social, integralidad, acceso igualitario y universal a los servicios de salud. En el presente ensayo discuro sucintamente acerca de los diversos sentidos de la integralidad. Presento los soportes teóricos de la complejidad y transdisciplinariedad que se contraponen al reduccionismo con la intención de demostrar que por medio de la transdisciplinariedad y de la intersectorialidad se puede alcanzar la integralidad.

Palabras claves: Sistema Único de Salud. Dinámica no linear. Asistencia Integral a la Salud.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF/88) incorporou no país o conceito de Seguridade Social, formado pela tríade: Saúde, Previdência Social e Assistência Social. Instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), com bases legais estruturadas para garantir a “saúde como direito de todos e dever do Estado”. Para viabilizar o acesso universal aos serviços de saúde estabelece-se a Seguridade Social (Andrade, 2002).

Com o SUS as atividades existentes na saúde coletiva e individual foram unificadas no Ministério da Saúde (MS), permanecendo no Ministério da Previdência Social as atividades de Previdência Social e Assistência Social (Andrade, 2002).

O SUS articula todas as esferas governamentais: união, estado e municípios. Estabeleceram-se vários processos para viabilizar a adaptação do governo e suas três esferas para a implantação do SUS. Nesta perspectiva destacam-se as Leis 8.080/90 e 8.142/90 (Andrade, 2002).

O artigo 35 da Lei 8.080/90 relaciona-se com o financiamento do setor, estabelecendo critério claro para definição de uma política local (Andrade, 2002).

Segundo Mattos (2008) o financiamento público caracteriza o SUS. Portanto as ações em saúde são oriundas de órgãos públicos em sua maioria, podendo ser complementadas pelo setor privado.

O SUS tem como objetivos: identificar determinantes e condicionantes do processo saúde-doença; estabelecer a política econômica e social visando redução

de risco de doença e outros agravos; prestar assistência por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Mattos, 2008).

No contexto de Seguridade Social, ao organizar e estruturar o SUS fixou-se como Princípios:

- Doutrinários: universalidade, integralidade e equidade (Ximenes Neto et al., 2006).
- Organizacionais: regionalização, hierarquização, descentralização e participação da comunidade (CONASS, 2007a).

Como mecanismo regulador do processo de estadualização e municipalização das ações e serviços de saúde, o MS editou as Normas Operacionais Básicas (NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/92, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96), a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001) e a emenda constitucional 29/2000 (Carvalho, 2001).

De acordo com o Ministério da Saúde (1997) as reformas institucionais pautadas entre as três esferas de gestão, redefinindo responsabilidades de cada gestor, visando alcançar a equidade social, constituem o Pacto pela Saúde.

O Pacto pela Saúde aprofunda a descentralização do SUS para estados e municípios de forma compartilhada, estendendo a discussão da Saúde para além dos limites setoriais, introduzindo um sentido de gestão pública por resultados e de responsabilização sanitária. Deverá ser revisado anualmente, baseado nos princípios constitucionais do SUS e enfatizando as necessidades da população brasileira (CONASS, 2007b).

O Pacto pela Saúde que visa à consolidação do SUS, materializado na portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, trata-se de um acordo entre as três esferas governamentais articulado em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão (CONASS, 2007b).

Pacto em Defesa do SUS: movimento de repolitização da saúde, objetivando desconstruir o sentimento difuso de que os recursos públicos são mal gastos na saúde, esclarecendo o muito que se pode fazer mediante a escassez de recursos através de ações desenvolvidas junto à opinião pública (CONASS, 2007b).

Pacto pela Vida: ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco nos resultados, sendo garantida por meio de compromissos financeiros e orçamentários por parte dos entes federativos. Trata-se de acordos anuais obrigatórios. Em 2006 foram definidas como prioridades: Saúde do idoso;

Controle de câncer de colo de útero e mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da saúde e Fortalecimento da atenção primária (CONASS, 2007b).

Pacto de Gestão: visando ao fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS, estabelece as responsabilidades de cada esfera governamental de forma a diminuir as competências concorrentes, promovendo a descentralização, a desburocratização dos processos normativos, a estruturação das regiões sanitárias e o fortalecimento das Comissões Intergestores Bipartite (CONASS, 2007b).

O SUS é conquista de uma sociedade que busca justiça social, integralidade, acesso igualitário e universal aos serviços de saúde. É uma política de Estado em processo dinâmico de reorganização e estruturação.

Considerando os princípios do SUS percebemos avanços históricos importantes nesses 20 anos, principalmente no que diz respeito à descentralização e ao controle social. Porém, no que se refere à integralidade ainda há muito a se realizar (Mattos, 2004).

A CF/88 declara o direito de integralidade como conjunto e articulação de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade (Brasil, 1988). No entanto, o termo integralidade adquiriu um caráter polissêmico, sendo objetivado justamente em sua pluralidade.

Os usuários do SUS a concebem como um valor, que denota acolhimento, qualidade da atenção em saúde, resolubilidade e estabelecimento de vínculo, constituindo um cenário ideal de atenção à saúde (Pinheiro, 2008).

Considerando que o SUS encontra-se num processo de construção, parece inatingível a plenitude da integralidade. O que nos remete a questão: seria o princípio da integralidade uma utopia?

Para responder à pergunta pretende-se demonstrar que, por meio da transdisciplinaridade e da intersetorialidade a integralidade pode ser alcançável no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

No presente ensaio discorre-se sucintamente sobre os diversos sentidos da integralidade, bem como os suportes teóricos da complexidade e transdisciplinaridade, contrapondo-se ao reducionismo.

CORPO DO ENSAIO

Apresentando sucintamente algumas facetas da integralidade no contexto do SUS:

- Integralidade no sentido de enxergar o usuário como ser complexo, não fragmentado, inserido num contexto social, num processo contínuo de interações com o meio e com outros. Visão holística que fundamenta o modelo biopsicossocial.
- Integralidade entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde. Garantia da comunicação e do acesso entre os distintos setores (referência e contra-referência).
- Integralidade na regulação do acesso, trabalhando com redes de serviço e não de forma piramidal, permitindo o acesso de acordo com a necessidade populacional. Adequando a oferta de recursos e serviços à demanda apresentada e não o contrário.
- Integralidade no sentido de focar a promoção da saúde e a prevenção das doenças, não apenas a assistência.
- Integralidade como visão ampliada dos conceitos de saúde e de cuidado.
- Integralidade tecendo redes sociais, por meio do estabelecimento de vínculo com unidade de saúde e comunidade.
- Integralidade dos saberes no contexto do trabalho em equipes multiprofissionais.

Integralidade significa aplicar subjetividade e intersubjetividade no cuidado e na tecnologia da assistência. Quer significar organização das práticas profissionais, do trabalho e das políticas públicas em saúde, possibilitando a escuta do profissional e da população. Implica na recusa ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos, e na abertura para o diálogo (Severo, Seminotti, 2006). A integralidade em saúde quer ainda significar uma mudança de paradigma ao colocar os usuários como sujeitos de sua própria história (Gomes, Pinheiro, 2005).

Tratando-se do reducionismo faz-se necessário contextualizá-lo. Considerando o enorme volume do conhecimento científico produzido pela humanidade, percebe-se que se sabe cada vez mais de cada vez menos. Nesta conjuntura surgem as especializações, e na área acadêmica as disciplinas, ambas

explicadas pela necessidade de melhor entendimento do todo por meio de suas partes, ou seja princípio de simplificação (separação/redução).

O mundo tido como máquina perfeita dirigida por leis matemáticas exatas, arcabouço conceitual formulado por Galileu e Descartes, foi completado por Isaac Newton no século XVII com sua mecânica newtoniana (Capra, 1996, p. 35). Essa máquina com sua mecânica deveria ser decifrada por meio do método científico (estudo de suas partes), e não somente pelo empirismo.

Essas “decifrações” foram consideradas verdades absolutas pela ciência até o século XVIII quando Lavoisier demonstrou que a respiração é uma forma de oxidação especial, logo os processos químicos são relevantes para os organismos vivos, não sendo a fisiologia simplesmente mecânica (Capra, 1996).

No século XX o biólogo Joseph Woodger afirmou que os organismos vivos não poderiam ser completamente descritos por seus elementos químicos e suas relações organizadoras. Destacando que essa organização na natureza dá-se de forma hierárquica. Trazendo a idéia de estruturas multiniveladas de sistemas dentro de sistemas. Cada um destes forma um todo com relação às suas partes, ao mesmo tempo em que é parte de um todo maior (Capra, 1996).

O advento da física quântica traz consigo o fato de que os materiais sólidos da física clássica se dissolvem no nível subatômico, tratando-se de probabilidades de interconexões semelhantes a ondas. Logo não podemos decompor o mundo em partículas elementares que existem de forma independente (Capra, 1996).

A nova ciência da ecologia traz duas novas concepções, comunidade e rede. Conceituando comunidade ecológica como um conjunto de organismos aglutinados num todo funcional, por meio de relações mútuas, existindo portando três tipos de sistemas vivos: organismos, partes de organismos e comunidades de organismos, sendo todos eles totalidades integradas cujas propriedades essenciais resultam das interações e interdependência de suas partes (Capra, 1996).

Essas e outras descobertas, a partir do século XVIII solicitaram o rompimento com o pensamento corrente (mecanicismo/reducionismo), o que implicou na necessidade de pensar o fenômeno ao termo de uma composição.

Surge a complexidade, que associa sem retirar a identidade das partes que a compõe, mas que considera que o todo é maior e menor que a soma das partes. Cada parte tem características próprias que reunidas formam o todo com características que não são encontradas enquanto partes separadas, que emergem

como produto desta síntese, outras qualidades são inibidas quando o conjunto é organizado (Morin, 2003).

O desafio da integralidade nos apresenta ao da complexidade. O entendimento de saúde e da complexidade elucida a ênfase na necessidade da ciência resgatar sua capacidade de formular sínteses diante de um sujeito fragmentado e dos desafios advindos do processo de especialização (Silva, 2007).

É fundamental a transição de um pensamento unidimensional, reducionista, para um multidimensional, não excludente, que transcende o holismo por considerar o todo sem desconsiderar a individualidade de suas partes. Há necessidade de integrar todos os nossos conhecimentos adquiridos, de forma ordenada.

A transdisciplinaridade contrapõe-se ao reducionismo e a complexidade a inclui.

A complexidade é utilizada para tratar o Mundo Real, onde tudo é parte de tudo e depende de tudo. A transdisciplinaridade é a parte deste mundo real que trata do conhecimento, de sua estruturação em disciplinas, das superposições e espaços vazios existentes entre elas. A complexidade está para o mundo real, assim como a transdisciplinaridade para o mundo acadêmico (Chaves, 2006).

A transdisciplinaridade é complementar à abordagem disciplinar; ela faz emergir novos dados a partir da confrontação das disciplinas que os articulam entre si; oferece-nos uma nova visão da natureza da realidade. A transdisciplinaridade não procura a mestria de várias disciplinas, mas a abertura de todas as disciplinas ao que as une e as ultrapassa. (Freitas et al, 2004, artigo 3º).

A interação de várias dimensões do bem-estar físico, psíquico e social associada à visão integrada dos problemas sociais é necessária à qualidade de vida. Desta maneira, fica claro que as políticas setoriais isoladas são incapazes de considerar o cidadão em sua totalidade e suas necessidades individuais e coletivas (Schlindwein, Erdmann, Sousa, 2006).

Necessitamos de um pensamento que a partir de relações, inter-relações e interconexões tente juntar os componentes da complexidade humana, concebendo a integração dos diversos saberes (Schlindwein, Erdmann, Sousa, 2006).

Os problemas de saúde não podem ser entendidos isoladamente, deve-se valorizar o pensamento indutivo e não-linear, bem como, os valores de cooperação e parceria. Repudiando o exercício hierárquico e elegendo o exercício em rede, privilegiando padrões de relacionamento entre atores em determinada situação social (Schlindwein, Erdmann, Sousa, 2006).

A articulação de saberes e experiências no planejamento, a realização e avaliação de ações para alcance de efeito sinérgico em situações complexas, visando ao desenvolvimento social, constitui a Intersetorialidade (Schlindwein, Erdmann, Sousa, 2006), estando esta num processo de construção compartilhada. Os setores envolvidos devem estar abertos para o diálogo, estabelecendo vínculos de co-responsabilização e de co-gestão pela melhoria da situação populacional. Deve atender às reais necessidades de uma coletividade e envolvê-la no percurso do diagnóstico situacional à avaliação dos programas e ações implementados (Campos, Barros, Castro, 2004).

A saúde como produção social, processo dinâmico, rompe com a setorialização da realidade e inscreve-se, como campo do conhecimento, na ordem da transdisciplinaridade e como prática social, na ordem da Intersetorialidade (Schlindwein et al, 2006).

Na lógica da integralidade da atenção à saúde, o MS propõe estratégias que buscam a transdisciplinaridade e a intersetorialidade, por meio do trabalho em equipes multiprofissionais. Entre elas destacam-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS).

O Programa Saúde da Família (PSF), proposto em 1994, foi elevado à condição de estratégia. É estruturante dos sistemas municipais de saúde, fortalecendo a atenção básica no âmbito do SUS. Suas diretrizes conduzem ao compromisso de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e os usuários, estabelecendo vínculo entre as unidades de atenção básica e a população. O enfoque é a promoção da saúde e não apenas assistência à doença, possibilitando maior racionalidade na utilização dos serviços de maior complexidade assistencial (Souza et al., 2002).

A ESF veio para reorganizar o trabalho em saúde, propondo: trabalho em tempo integral da equipe de saúde, delimitação territorial para atuação das equipes, incorporação da comunidade no trabalho em equipe, vínculo dos profissionais com os indivíduos, comunidade e família, necessidade de instrumentos de planejamento e da inclusão de outros conhecimentos em saúde (o social, o pedagógico e o psicológico) somando-se ao conhecimento clínico (Souza et al, 2002).

O CAPS é composto por equipe multiprofissional designada a realizar a reabilitação psicossocial de usuários com transtornos mentais em fase controlada (não aguda). Surgiu após a luta antimanicomial, luta pela desinstitucionalização e

implantação dos serviços da reabilitação psicossocial, objetivando transformar a prática historicamente instituída, conferir autonomia aos usuários, aproveitar recursos da comunidade e treinar habilidades sociais. É uma estratégia política que guarda similaridade com a ESF.

As estratégias citadas permitem a parceria com outros serviços disponíveis na comunidade, integrando setores aparentemente desconexos na busca pela qualidade de vida, unindo saúde, educação, cultura, transporte, entre outros. Temos assim a intersectorialidade, garantindo o acesso igual dos desiguais.

O trabalho em equipe permite a visualização dos problemas em várias dimensões. Severo e Seminotti (2006) esclarece que cada componente tem sua visão parcial da realidade, porém a incorporação da visão dos outros conduz a ações mais resolutivas.

Entretanto a aproximação das disciplinas provoca desencontros na prática dos profissionais de saúde. A busca pela eficiência e resolubilidade, a preocupação com as competências e tarefas, desencadeia sentimentos de fracasso e imobilidade. As intervenções técnicas realizadas no cotidiano desses profissionais, apoiadas em suas especializações, geram conflitos nas interações da equipe multiprofissional (Severo, Seminotti, 2006).

Mesmo quando em equipes as pessoas tendem a trabalhar sozinhas, de forma vertical, cada um fazendo a sua parte com a concepção de que o todo será atingido com somatória dos procedimentos realizados ao lado do outro (Campos, Barros, Castro, 1999). Tal procedimento fundamenta mais a fragmentação da assistência e gerando por vezes informações contraditórias ao usuário.

A prática multiprofissional por si só não estabelece comunicação entre as disciplinas. É por meio da comunicação das partes separadas do todo que se dá a reflexão.

CONCLUSÃO

Apesar do aparente contexto de contradições emergentes da junção de diversos saberes e práticas, quando os profissionais forem formados dentro da perspectiva da transdisciplinaridade, a integralidade se constituirá. Ou seja, os diversos conhecimentos serão considerados e convergirão para uma mesma ação, atendendo à demanda apresentada. Passarão a melhor entender as necessidades

dos usuários e incrementarão as ações intersetoriais, em atenção às dimensões da complexidade humana e não apenas de um conceito limitado de saúde.

Logo a integralidade é algo a se construir. Pode ser associada à utopia na concepção de ideal almejado, mas diferencia-se por ser concebível. As redes sociais, o vínculo, a promoção e prevenção, algumas de suas facetas, constituem fatos concretos em algumas unidades de saúde. Trata-se de um contexto real passível de ser transformado pela prática da transdisciplinaridade e da intersectorialidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M. Introdução. In: ANDRADE, L.O.M (Org). **Sistema de Salud de Brasil**. Normas, gestão y financiamiento. São Paulo: Hucitec, 2002. p.15-17.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> . Acesso em: 23 set. 2008.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm > Acesso em: 23 set. 2008.

CAMPOS, G.S.W. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.4, n.2, p.393-403, 1999.

CAMPOS, G.W.; BARROS, R.B.; CASTRO, A.M. Avaliação de Política Nacional de promoção à saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 9, n.3, p.745-749, 2004.

CAPRA, F. Das partes para o todo. In: CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. 8. ed. São Paulo: Cultrix, 1996. p.33-45.

CARVALHO, G . A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 6, n.2, p.435-444, 2001.

CHAVES, M. **Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor saúde**. Rio de Janeiro: Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: < <http://www.ipetrans.hpg.com.br/Arq02.htm> > . Acesso em: 14 set. 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. O Sistema Único de Saúde (SUS) – Arcabouço legal do SUS. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Sistema Único de Saúde**. 20.ed. Brasília: CONASS, 2007. p. 34.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Pacto pela saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Legislação estruturante do SUS**. 20.ed. Brasília: CONASS, 2007. p. 46-50.

FREITAS, L.; MORIN, E.; NICOLESCU, B. Carta de transdisciplinaridade. Lisboa: **Universidade da Paz**; 1994. Disponível em: <<http://caosmose.net/candido/unisinos/textos/textos/carta.pdf>> . Acesso em: 23 set. 2008.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.

MATTOS, R.A. **Os sentidos da Integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Rio de Janeiro: Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis); 2008. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/media/artigo_ruben1.pdf> . Acesso em: 23 set. 2008.

MATTOS, R.A.. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p.411-416, 2004.

MORIN, E. A necessidade de um pensamento complexo. In: MENDES, C. LARRETA, E. (Eds.). **Representação e complexidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003. p.69-78.

PINHEIRO, R. **Pensando a integralidade**. Rio de Janeiro: Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis); 2008. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br>> . Acesso em: 23 set. 2008.

SCHLINDWEIN, B.H.; ERDMANN, A.L.; SOUSA, F.G.M. A produção do conhecimento: diálogo entre diferentes saberes. **Rev. Bras. Enferm.**, v.59, n.4, p.560-564, 2006.

SEVERO, S.B.; SEMINOTTI, N. **Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva**. São Paulo: Centro de Educação Transdisciplinar (Cetrans), 2008. Disponível em: <http://www.cetrans.com.br/artigos/Silviani_Botlender_Severo_e_Nedio_Seminotti.pdf> . Acesso em: 14 set. 2008.

SILVA, R.A.C. Um caminhar pelo pensamento complexo. **Publ. UEPG Cienc. Hum. Cienc. Soc. Apl., Ling., Letras e Artes**, v.15, n.1, p.13-18, 2007. Disponível em: <http://www.uepg.br/propesp/publicatio/hum/2007_1/Rosangela.pdf> . Acesso em: 14 set. 2008.

SOUZA, H.M.; GIL, C.R.R.; CERVEIRA, M.A.C.; et al. Pólos de capacitação, formação e educação permanente para o Programa Saúde da Família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de recursos humanos em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p.147-155.

XIMENES NETO, F.R.G.; CUNHA, I.C.K.O. Integralidade na assistência à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino: um estudo de caso. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n.3, p. 427-433, 2006.

Artigo:

Recebido em: 07/09/2010

Aceito em: 19/01/2011