

REVISITANDO AS CONCEPÇÕES DE INTEGRALIDADE
A Review of the Conception of Integrality

*Danielle Ribeiro de Moraes**

RESUMO

Este artigo visa apresentar uma revisão sobre as diferentes concepções acerca da integralidade em saúde, que figuram na literatura recente, e contribuir para a reflexão sobre a atenção básica nesse contexto. Para tanto, usa-se como norteador da argumentação artigo de Rubem Mattos, que baseia a composição deste estudo em três momentos: no primeiro, é revisitada a prática sanitária individual; no segundo, pensa-se integralidade do ponto de vista da organização dos serviços; no terceiro, busca-se refletir sobre os desafios impostos ao se objetivar a oferta de um atendimento integral em um contexto de focalização das políticas e, portanto, do financiamento em saúde. Conclui-se com síntese dessas concepções frente à reflexão sobre as práticas sanitárias e a atenção básica em saúde.

Palavras-chave: Cuidados Integrais de Saúde; Política de Saúde; Cuidados Primários de Saúde.

ABSTRACT

The author presents a review of recent literature about different conceptions of integrality in health. To this end, one of Mattos' articles is used as a guide to the organization of ideas in the text, which is divided into three parts: review of individual-professional practices; reflections upon the way health services are organized; challenges to integrality toward a context which emphasizes specific-groups-focused policies and funding models. The conclusion is based on a synthesis of these conceptions, with a discussion on health practices and primary care

Key words: Comprehensive Health Care; Health Policy; Primary Health Care.

* Médica Sanitarista pela FCM/UNICAMP. Mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Médica do Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde da Região Metropolitana II – Secretaria Estadual de Saúde/RJ. Professora Auxiliar das Faculdades São José (RJ). Endereço: R. Pedra da Gávea, 65, Jacarepaguá, Rio de Janeiro-RJ CEP:22.715-360. E-mail: moraesdr@yahoo.com.br Fone: (21)24466876

Introdução

Compreender *integralidade* em saúde implica em entender diferentes dimensões das práticas sanitárias, redesenhando seus fundamentos. Como em toda concepção emergente, ainda não há consenso quanto a sua conceituação, no entanto pode-se afirmar que ela é considerada como um dos maiores desafios para a operacionalização do Sistema Único de Saúde.

Para quem se depara com este tipo de reflexão, é importante saber que esta concepção foi construída a partir de conhecimentos do campo da Saúde Coletiva, em consequência do desenvolvimento de modelos de atenção à saúde que visavam a uma maior inclusão e, particularmente, quando nos referimos ao Brasil das últimas décadas, a estratégias voltadas ao fortalecimento da atenção básica. Nesse processo, tomam vulto estratégias como a Medicina Comunitária, a Vigilância em Saúde e, de modo mais recente, a Saúde da Família.

Apresentar uma revisão recente sobre o tema, contribuindo para a compreensão do papel da atenção básica nas reflexões sobre as concepções de integralidade é o intuito deste trabalho. Cabe ressaltar que, no caminho, tornaram-se particularmente úteis as contribuições de Rubem Mattos, pelo esforço prévio de sistematização, além de outros trabalhos relacionados ao LAPPIS/IMS/UERJ (para detalhamentos, vide seção de referências). Assim, este artigo está dividido em três momentos de revisão das concepções: no primeiro, é revisitada a prática sanitária individual; no segundo, pensa-se integralidade do ponto de vista da organização dos serviços; no terceiro, busca-se refletir sobre os desafios impostos ao se objetivar a oferta de um atendimento integral em um contexto de focalização das políticas e, portanto, do financiamento em saúde. Na última seção, focaliza-se a síntese das concepções frente à reflexão sobre a atenção básica.

Para um primeiro encontro com a concepção de integralidade, cabe recorrer ao texto constitucional de 1988: marca do processo de redemocratização no Brasil, esta Constituição trouxe como principal inovação o reconhecimento de muitos dos direitos de cidadania. Nela, a saúde se encontra no título VIII, da Seguridade Social, e é definida como *direito de todos e dever do Estado*, cabendo a este último garantir acesso universal à saúde, através de políticas equânimes, sociais e econômicas, que priorizem as atividades de promoção e prevenção das doenças, sem detrimento das atividades assistenciais, conforme exposto no art. 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Por sua vez, integralidade, à luz da Constituição (BRASIL, 1988), está relacionada à segunda diretriz do SUS, expressa no artigo 198 como *atendimento integral*:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Antes de se tentar definir integralidade a partir do texto constitucional, deve-se compreender que a Constituição é fruto de um processo de lutas políticas que tomou fôlego durante a década de setenta. Não é por acaso que temos um sistema de saúde desenhado no artigo anterior, em que se põem lado a lado: a multiplicação dos centros de poder/decisão sobre saúde (*descentralizando* a saúde, num primeiro momento, no sentido da municipalização); a participação da comunidade através do *controle social*, em que temos diferentes fóruns de deliberação para diferentes esferas de poder, operando segundo a lógica da democracia representativa.

Em outras palavras, para além de definir a universalização do acesso, o texto constitucional deixa patente que não se pode pensar o *fazer saúde* de uma perspectiva restrita. Assim, além de a segunda diretriz demarcar um certo modo de *fazer saúde* que espelha críticas às práticas sanitárias hegemônicas, ela caminha articulada a um *fazer político* que não nos permite refletir sem levar em conta os aspectos conjunturais que determinam a forma de organização das práticas e, assim, dos serviços de saúde.

Mattos (2001) utiliza a noção de “imagem objetivo” para situar a integralidade, o que trataria de indicar a direção ou modo como se quer modificar a realidade e, por isso, uma concepção polissêmica. A esse respeito, explica:

Não há dúvidas de que caminhamos muito na direção que sonhávamos, mas certamente há muito mais a caminhar, e ainda há riscos de que num futuro, pressionados pelo estrangulamento de recursos públicos e/ou pela difusão das idéias ofertadas desde algumas agências internacionais, os caminhos do SUS se afastem da concepção originária de garantir o acesso universal, igualitário e gratuito aos serviços e ações de saúde” (p. 43).

Analisando alguns dos sentidos dados ao termo integralidade, o autor contribui com uma rica sistematização, utilizada neste trabalho e complementada por outras leituras que com ela dialogam.

A integralidade em diferentes eixos – conversa com os *sentidos* de Rubem Mattos

Ecos da medicina integral

Este primeiro sentido se relaciona com o movimento da “medicina integral”, cujas origens remontam às discussões sobre o ensino médico nos Estados Unidos: este movimento lançava críticas à postura médica fragmentária diante dos pacientes. O *olhar fragmentário* significa a impossibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes dos pacientes, fruto de uma atitude reducionista, em que eram enfatizadas somente as dimensões biológicas, em detrimento dos fatores psicológicos e sociais implicados na determinação das doenças.

Os atores do movimento da Medicina Integral reconheciam a postura descrita como decorrente da estrutura curricular, em voga nas escolas médicas e de base flexneriana, em que se privilegiava hospital e laboratório como *loci* privilegiados de aprendizagem. Em contrapartida a esse arranjo curricular, a Medicina Integral propôs as *reformas curriculares*, com o intuito de formar profissionais com atitudes menos reducionistas, capazes de compreender as necessidades dos pacientes de maneira mais abrangente.

A reforma curricular proposta girava em torno de dois eixos: o primeiro, que visava introduzir precocemente tanto saberes relativos ao adoecimento (além dos biológicos) e à relação médico-paciente, quanto aqueles relativos à sociedade e aos contextos culturais, e por sua valorização da integração na prática médica; e o segundo, que tratava de reforçar a comunidade e o ambulatório como lugar de ensino médico, tornando mais acessível aos alunos compreenderem o contexto de vida dos pacientes.

Desta feita, aqui a integralidade se relacionava a uma atitude desejável (dos médicos), dada pela recusa à redução da experiência do adoecimento (do paciente) a fatores e saberes concernentes aos sistemas biológicos. Esta recusa, fruto do reconhecimento da necessidade de uma abordagem “bio-psico-social”, considerada como boa prática médica, deveria ser “produzida” nas escolas médicas.

Houve, no entanto, particularidades desse movimento no Brasil, onde não se pode afirmar que ocorrera sua consolidação institucional. A princípio, ela se associou à medicina preventiva, lugar de resistência ao regime militar e um dos embriões do que seria posteriormente chamado de *movimento sanitário*. Do mesmo modo, também a proximidade com os departamentos de Medicina Preventiva proporcionou uma revisão teórica sobre a Medicina Integral. Durante os anos setenta, surge o campo da Saúde Coletiva, resultante de críticas à saúde pública tradicional e à medicina preventiva norte-americana e tendo como contribuinte o movimento de medicina social: as práticas em saúde passam a ser consideradas como práticas sociais e isto levou à revisão da interpretação típica à Medicina Integral.

A partir de então, a influência das escolas sobre a prática médica foi minimizada, em função da compreensão, seja da crise da medicina liberal e o assalariamento dos profissionais, seja do alcance do complexo médico-industrial. Ao mesmo passo, surgiram saberes especialmente críticos das instituições e da prática médica. Esses conhecimentos levaram a reflexões sobre a medicalização da sociedade e ofereceram bases para uma crítica ao saber médico e sua racionalidade:

Uma das conseqüências dessas contribuições para a versão brasileira da medicina integral é que a atitude fragmentária e reducionista pareceu a muitos ser decorrente da própria racionalidade médica, e do projeto de cientificidade dos médicos, tipicamente moderno. Ou seja, para produzir-se uma postura integral, seria necessário superar alguns limites dessa medicina anátomo-patológica e, portanto, dessa racionalidade médica, que, diga-se de passagem, não se produz, mas que se reproduz na escola médica” (p.47).

As interpretações sobre esse aspecto não foram homogêneas e sucederam-se posições, chamadas por Mattos (2001), de “posições polares”. Um viés de interpretação julgava ser a medicina moderna ocidental refratária a reestruturações internas, sendo, *per se*, fragmentária. Este viés indicava quer a subordinação da ordem médica a uma racionalidade sanitário-epidemiológica, quer o reconhecimento e incorporação de racionalidades médicas alternativas e mais integrais, como a homeopatia, a medicina tradicional chinesa. Enquanto isso, o outro tipo de interpretação propunha uma *desconstrução interna*, a partir das instituições médicas e das reformas curriculares.

Com isso, e tangido pelo ceticismo nas possibilidades de produzir socialmente uma atitude integralizadora no contexto das instituições médicas, surge um afastamento da saúde coletiva da prática médica em si; à saúde coletiva ficou subsumida a integralidade como prática médica desejável. Para o autor:

[...] cabe defender a integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na

forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram.” (p. 48)

Isso se expressa pelo fato de o papel da medicina ser exatamente o de dar respostas e, mesmo, antecipar-se ao sofrimento humano. E, ainda que as técnicas de diagnóstico precoce não sejam demandadas pela experiência individual do sofrimento, a atitude do profissional que avalia, além de responder ao sofrimento, aproveita para apreciar fatores de riscos de outras doenças, pode exemplificar um dos sentidos de integralidade.

Aqui, prevenção se associa, na prática, à assistência, pois ocorre a junção de práticas demandadas pelo usuário (a resposta ao sofrimento) com a identificação de riscos, não demandada a priori. Há, entretanto, de cuidar-se em não se deixar cooptar por um preventivismo exagerado, mediatizado pelo controle dos usuários pelos profissionais, cuja consequência é a medicalização. Conforme descrita acima, a integralidade volta a ser característica de boa prática.

O autor ilustra ainda:

Quando um agente comunitário que segue rumo a suas visitas domiciliares se defronta com o convite de um morador para uma prosa sobre um problema que o aflige, ele pode aplicar não a medicina integral, mas a integralidade. Quando esse mesmo agente, no cumprimento de suas funções de pesar as crianças com menos de 24 meses, busca ativamente nas crianças maiores da casa (que não podem ser pesadas com a balança portátil que leva) os indícios de carência nutricional, também põe a integralidade em prática. Ou quando um funcionário de um pronto-socorro se preocupa em informar a um acompanhante que ficou fora da sala de atendimento a evolução de um paciente... A integralidade, mesmo quando diretamente ligada à aplicação do conhecimento biomédico, não é atributo exclusivo nem predominante dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde”. (p.51)

Porém, a integralidade não deriva apenas da atitude de um dado profissional de saúde. Corre-se o risco, sob essa perspectiva, de que esta forma de se *fazer saúde* seja marca individual de certos profissionais, intangível portanto, por qualquer esforço de sistematizar ações voltadas ao desenvolvimento de competências desta natureza. Ao contrário, cabe ressaltar que o desenvolvimento dessas competências se dá através de processos que *incidem* sobre os indivíduos e as equipes de saúde.

Então, a integralidade pode ser pensada também como uma dimensão das práticas sanitárias, que, por sua vez, são *socialmente configuradas*. Um exemplo revelador constitui-se em cobranças ou incentivos/gratificações de produtividade que podem enviesar essas práticas no sentido da quantidade de atendimentos ou visitas domiciliares, ao invés de privilegiar a qualidade do cuidado em saúde. Ao compreender

que as atitudes individuais são socialmente amalgamadas, surge a discussão de que a integralidade também reside na forma pela qual se organizam os serviços de saúde.

Integralidade e organização das práticas sanitárias

Um segundo modo de entender a integralidade relaciona-se com a organização dos serviços e das práticas de saúde. Conforme exposto anteriormente, um dos princípios do movimento de *reforma sanitária* visava imprimir, no texto legal, um certo *fazer* que se antepunha à tradição organizacional brasileira de dicotomia entre as ações e serviços de prevenção e assistência, esta última representada principalmente pela prática da categoria profissional médica. Uma situação emblemática dessa dicotomia é apresentada pela divisão de responsabilidades de prevenção e assistência entre duas diferentes pastas ministeriais durante a década de 1970: prevenção ficava com o Ministério da Saúde, enquanto assistência ficava sob a égide do Ministério da Previdência Social.

Para Mattos, isso reflete o reconhecimento de que as necessidades das práticas de saúde pública e das práticas assistenciais eram distintas e, do ponto de vista organizacional, havia também dois conjuntos diferenciados de técnicos, de acordo com as necessidades dos diferentes tipos de serviço. Dessa forma, aos técnicos da assistência caberia processar a demanda por atendimento médico e, àqueles da prevenção, caberia localizar as necessidades típicas da saúde pública, **não demandadas** pela população.

Sabe-se que tradicionalmente, no Brasil, as necessidades de saúde pública eram organizadas de forma centralizada, ao que mais tarde se alcinhou de sanitarismo campanhista.(ANDRADE, 2001) De outro lado, o modelo tecno-assistencial-privatista emergiu, consolidando a separação entre políticas de saúde e políticas de assistência, com também distintas formas de financiamento.

Segundo essa lógica, se, para *tratar* da saúde existiam os hospitais, para ter acesso a ações de “saúde pública” era necessário buscar os “centros de saúde”, onde, em sua grande maioria, eram disponibilizadas ações tipicamente preventivas, como as imunizações, ou aquelas ligadas aos programas verticais do Ministério da Saúde, como tuberculose ou hanseníase. Cabe dizer que esses programas existiam nas unidades de maneira totalmente dissociada das outras ações.

Nessa direção, o princípio de integralidade surge como uma crítica à dicotomia entre práticas de saúde pública e práticas assistenciais, principalmente através da mudança das unidades de saúde pública. Isso ocorre tanto pela busca de integração dos

antigos programas fragmentados no interior das unidades, quanto pela introdução do atendimento da demanda espontânea, antes centrado no médico e no hospital.(GONÇALVES et al., 1993)

Contudo, ao invés de exprimir uma situação já resolvida, esse sentido de integralidade justifica a desejável transformação da missão das unidades básicas de saúde em prol da resolutividade das práticas sanitárias, ponto ainda presente na ordem do dia. Por isso, usa-se o termo de horizontalidade de práticas, em contraponto à noção de verticalidade dos programas centralmente propostos. Isso infere, no *fazer saúde* do quotidiano dos profissionais, a marca do contexto em que vivem as populações atendidas e traz, consigo, novos desafios à organização dos serviços, como concatenar demanda espontânea e oferta programada.

Outra questão vital é a de que, ao reorganizar os serviços e ações, seria esperado um impacto positivo sobre a **saúde das populações**. Passou-se a pensar um sistema cada vez mais inclusivo, e seria impossível centrar esforços sobre a oferta específica de atendimento médico. Assim, o foco do debate se deslocou da atenção médica para a abordagem a partir do enfoque epidemiológico (PAIM, 2003), julgando-se a epidemiologia como disciplina privilegiada para apreender as *reais* necessidades de saúde da população.

Uma vez utilizada a abordagem epidemiológica, a equipe do serviço de saúde passa a definir as atividades programadas para cada segmento populacional, priorizando os agravos mais frequentes e propondo ações de controle. Desta forma, a programação da assistência nortearia o trabalho dos profissionais e o modo de conduzir as atividades em saúde. Note-se que esta forma de conduzir o trabalho representa um avanço no sentido da integralidade, pois configura a atenção de uma maneira mais horizontalizada.

No entanto, cabe tecer comentários sobre a abordagem epidemiológica e o risco que se corre ao extrapolar a importância da epidemiologia sobre a programação da assistência. Ainda que o método epidemiológico seja uma ferramenta muito útil para a determinação, monitoramento e avaliação das necessidades em saúde, ele não é a única existente; nem mesmo consegue, por si só, medir os impactos sobre as melhorias das condições de vida e, conseqüentemente, em saúde. Essa afirmativa decorre pelo menos de dois fatos: o primeiro configurado em outros fatores que incidem sobre o que chamamos de *necessidades em saúde*; o segundo, sustenta-se na existência de estudos que localizam a epidemiologia como uma vertente da avaliação (em saúde) e que, em geral, não dá conta de explicar outros processos, sócio-culturais, que ajudam a definir o

processo que se materializa em impactos das intervenções (THURSTON, 2003; FURTADO, 2000; NOVAES, 2000; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Com relação ao primeiro fato citado, cabe ainda detalhar que as necessidades de saúde não podem, ou não devem, ser vistas como fruto de uma análise naturalizada ao nível da percepção dos profissionais de saúde. Se pensarmos que a necessidade se plasma com a demanda, é útil a reflexão de Camargo Jr. (2005,p.98):

[...] propomos como alternativa a perspectiva da demanda por serviços de saúde, constituída na interface do complexo médico-industrial e seus usuários. Isso traz para o quadro de referência, entre outros, os processos biológicos enquadrados pela biomedicina no seu inventário de doenças, os diversos arsenais técnicos e teóricos criados para enfrentá-las, as experiências corporais e subjetivas dos sujeitos (seu sofrimento), as representações socioculturais sobre saúde e doença, os quadros de referência social (e jurídica) sobre direitos e deveres das pessoas com problemas de saúde e dos profissionais encarregados de atendê-las.

Não se deve, porém, acreditar ingenuamente que a relação entre os fatores supracitados ocorre simetricamente. A assimetria nas relações é sentida, no âmbito dos serviços, tanto entre usuários e profissionais de saúde, quanto entre os próprios integrantes das equipes. De outro lado, a demanda é constituída e outra vez renovada, ao passo em que essas lutas de força e o desenvolvimento tecnológico tomam corpo. Demanda é, então, negociação, mas definida sob a condição fundante da assimetria.

Por essa razão, voltando a Mattos (2001, p.57-7), temos:

Reconhecer isso nos remete a um outro sentido de integralidade: não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder a tais doenças. Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem.

Compreendendo que esta ampliação se dá a partir da perspectiva do diálogo entre diferentes sujeitos e seus diferentes modos de perceber as necessidades de saúde, torna-se fundamental ponderar sobre o trabalho das equipes de saúde.

Franco e Merhy (2005) argumentam que muito da constituição da demanda se baseia em referenciais relacionados ao modo de produção da saúde galgado na *quantidade* de procedimentos, o que não se mostra, no entanto, um processo eficiente. Para os autores, que propõem que a mudança nesse processo de trabalho se dê a partir de discussões e mobilizações principalmente entre trabalhadores e usuários, é necessário promover uma mudança tecnológica. Tal mudança repercutirá no modelo produtivo da saúde. Nesse ínterim, é fundamental apostar na reorganização do processo de trabalho, criando-se (institucionalizando-se) espaços de escuta através de práticas acolhedoras nos serviços:

Pressupõe intervenções em nível da micropolítica, a partir de cada local de trabalho, mexendo com os muitos poderes instalados no ambiente de produção da saúde, interesses de cada um, pactuando os saberes e formas de agir existentes em nível organizacional, ressignificando as relações de trabalho e qualificando a relação com os próprios usuários.(MERHY, 2005, p.188)

Ao se propor que tais espaços, que refletem uma tentativa de mudança do *fazer saúde*, sejam institucionalizados, cabe sinalizar para o debate sobre os modelos de gestão em saúde: uma saída trazida por Campos (2001) apresenta uma outra forma de organizar o modo de produção, criando-se *espaços coletivos* de reflexão do trabalho em saúde como uma parte integrante do cotidiano das equipes.

Para concluir, pensar em integralidade como forma de organizar a demanda implica em refletir sobre modificações na forma de se produzir saúde, quer na relação com os usuários, quer na composição e no gerenciamento das equipes. Uma forma de começar a mudança pode residir em mutar para um modelo de gestão mais participativo, que preveja momentos instituídos de escuta entre os envolvidos no processo de produção.

Imbricações entre integralidade e políticas públicas

Seguindo a sistematização de Mattos (2001), à integralidade cabe ainda um terceiro conjunto de sentidos, relacionado às políticas específicas ou especiais: tais políticas destinam-se a dar conta de um dado problema de saúde ou àqueles que incidem mais sobre determinado segmento populacional.

As políticas especiais têm assumido um lugar cada vez maior no cenário de políticas governamentais na saúde, e muitas vezes assumem a forma de programas. Exemplo disso é a existência do Programa Nacional de DST/Aids. E, ainda mais recentemente, cita-se a constituição do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (BRASIL, 1998), em resposta a diretrizes e metas estabelecidas no Plano Nacional de Saúde para esse grupo.

Mas basta retroceder um pouco no tempo, mais precisamente à criação do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), no âmbito do Ministério da Saúde, para melhor compreender este fenômeno: em 1983, momento em que se configura o movimento sanitário pré-constituente, o PAISM nasce das pressões do movimento feminista para, no lugar da implantação de um programa de *controle da fecundidade* no país, este se articulasse como uma proposta de *atenção integral* à saúde das mulheres (GIFFIN, 2002).

A atenção integral remete, aqui, à recusa da naturalização dos distintos papéis sociais, que reproduzem as desigualdades entre os gêneros. Portanto, ele se configura como um conjunto de tecnologias voltadas ao cuidado da saúde *das mulheres*, tecnologias cujas competências vão além de técnicas em saúde, mas abarcam uma crítica a um determinado estado de coisas e, portanto, previa refletir sobre a transformação social.

Note-se a marcada imbricação entre movimento social (no caso, o movimento de mulheres) e a definição e conformação de políticas, nascida desde uma crítica à forma de organizar os serviços de saúde para um determinado segmento. Analisando o particularismo das políticas especiais para a concepção de integralidade, Mattos (2001) comenta:

São inegáveis os avanços na integralidade da assistência produzidos pelo PAISM. Mas também são inegáveis seus limites, postos em grande parte pela forma que a política assumiu, a de um programa. Como os programas têm repercussões institucionais e, portanto, âmbitos delimitados no confronto com outros programas, a perspectiva de integralidade proposta pelo movimento feminista teve que ser delimitada... Tal delimitação, embora compreensível no bojo das lutas entre os diversos programas verticalmente construídos (como ainda prevalecia à época), não era nem é aceitável.(p.59)

Esse exemplo destaca integralidade como concepção aplicável a algumas propostas de respostas governamentais aos problemas de saúde, calcadas na crítica à objetivação dos sujeitos para os quais é desenhada a política. De outro lado, deve-se pensar se as abordagens específicas logram incorporar ações voltadas tanto à prevenção, quanto à assistência.

Nesse sentido, a resposta brasileira ao HIV/Aids se aproxima do princípio da integralidade, uma vez que se distingue das recomendações conjunturais de agências internacionais (entre elas, as do Banco Mundial). Essas diretrizes definiam como desejável a oferta das intervenções preventivas, em detrimento do financiamento da terapêutica anti-retroviral. Em razão de um percurso singular do movimento social e sua penetração em fóruns de formulação das políticas públicas, aliado a questões da conjuntura política brasileira, o modelo de enfrentamento governamental norteou-se pela integralidade, na medida em que o governo assumiu a responsabilidade de distribuir gratuitamente os medicamentos anti-retrovirais aos pacientes com a doença, além de promover (e custear) práticas preventivas.

Com efeito, a proposta do Banco Mundial de enfatizar as atividades preventivas se baseia na difusão de critérios de eficiência, exemplificados na *eficácia de custos*, cuja lógica muitas vezes utiliza a análise de intervenções isoladas para direcionar o

financiamento de uma política por um dado governo. Isso torna plausível a escolha pela distribuição de preservativos, em lugar do investimento em terapia anti-retroviral.

O exposto guarda relações com uma determinada conjuntura macro-política que, se não se pretende explorar neste texto, deve ser minimamente ilustrada. Como base de trabalho, é útil o artigo de Almeida (2002), sobre equidade e reforma setorial na América Latina. Segundo a autora, entre as políticas setoriais, discutem-se novos modelos de reorganização de sistemas de proteção social e a redefinição de pacotes de benefícios e serviços. De outro lado, tais discussões enfrentam questionamentos quanto as suas evidências empíricas, em virtude das contraposições que esses processos de reforma setorial têm enfrentado, principalmente em relação à eficiência, equidade e qualidade. Ainda que haja especificidades em cada país, as políticas de reforma traduzem-se, de modo geral, em propostas voltadas ao enfrentamento das desigualdades.

Estas questões são importantes quando se deseja pensar sobre as políticas de saúde no âmbito das políticas sociais e compreender que espaço a equidade ocupa nessa discussão. Nesse sentido, a crise econômica e a mudança na perspectiva de desenvolvimento econômico impulsionado pelo Estado, em meio às exigências dos ajustes macroeconômicos relacionados às condições estabelecidas pelos credores internacionais, levaram ao aumento das desigualdades já existentes nos países da América Latina.

Vale lembrar que tal situação ocorreu concomitantemente aos processos de transição democrática que resultaram na implementação de políticas públicas e agendas específicas de reformas na área social, condicionadas aos empréstimos e apoios financeiros necessários para a superação das constantes crises que caracterizam a situação regional desde os anos oitenta. Marcam esse período: parco crescimento econômico; alta concentração de renda com aumento dos níveis de desigualdade e da exclusão social (ALMEIDA, 2002). Nesse processo, os sistemas de serviços de saúde foram particularmente visados, de modo que, com o estreitamento estatal, o direito à saúde é redefinido por uma racionalidade economicista.

Tem-se, na conjuntura atual, que o princípio da equidade está habitualmente associado aos objetivos de eficiência, e submetido a custo-efetividade:

As políticas restringem-se, assim, a determinar a alternativa mais eficiente e efetiva para alcançar determinados objetivos, porém não levam em consideração os resultados de determinada ação para a sociedade em seu conjunto. Em outras palavras, embora seja desejável e necessário que as ações em saúde sejam mais efetivas e eficientes, a questão das diferentes necessidades de distintos grupos populacionais é reduzida à diminuição da

intervenção estatal e do financiamento público, traduzidas nas políticas de focalização (nos mais pobres) e de privatização, apreçadas como mais equitativas” (ALMEIDA, 2002, p.33)

Portanto, para além de conceber as políticas especiais como fruto isolado da pressão de determinados setores organizados da sociedade civil sobre o arcabouço estatal, deve-se entender que existe uma conjuntura macro-política que ajuda a definir a particularização, em prol da diminuição das desigualdades.

Costa (2002), no entanto, aponta para o impacto negativo da diminuição dos gastos públicos para a promoção de políticas sociais abrangentes. Durante a década de noventa, ficou patente a opção por políticas focalizadas e seletivas, em função do diagnóstico de baixa efetividade do sistema de proteção social brasileiro. Tendo a política de saúde constituído, para este caso, uma exceção, o autor sinaliza para a possibilidade de retração também neste setor, em virtude da grande vulnerabilidade da economia brasileira, e pela falta de clareza dos grupos de interesses organizados na construção das políticas públicas redistributivas.

Considerações finais: integralidade e atenção básica

Diante das considerações anteriores, constitui-se um desafio pensar as possíveis interseções entre o princípio da integralidade e propostas especiais na área da atenção básica, como é o caso do Programa Saúde da Família (PSF). Em um primeiro momento, deve-se ter em mente que a atenção básica passa a ser vista, sob um novo horizonte da programação de saúde, como palco privilegiado para práticas integralizadoras em saúde. No entanto, a composição de políticas especiais para o fortalecimento da atenção básica impõe limites à integralidade. Isso se dá, principalmente, pelo viés da forma de financiamento dos programas, incorporado por subsídios financeiros cada vez mais específicos, do ponto de vista orçamentário.

Para iniciar este diálogo, tem-se que o princípio da integralidade implica em **integração** não apenas das práticas que se dão sob uma determinada forma de organizar o processo de trabalho em saúde. É preciso, para além do cuidado individual integrador, haver uma rede de serviços organizada, em que os princípios de hierarquização e regionalização não se confundam com um processo burocratizador, que implica em barreiras à demanda socialmente constituída.

Para tanto, deve-se ter, de maneira equilibrada, ampla cobertura da atenção básica, bem como a adequação da oferta de procedimentos de média e alta

complexidade, que sirvam de base ao estabelecimento de uma rede de referência e contra-referência na conformação da atenção em saúde. Para o estabelecimento dessa rede é necessária cooperação regional, que extrapola os contornos dos municípios.

Isto quer dizer que, ao se organizar a atenção básica, deve-se necessariamente prezar pela coadunação desta com o restante da rede de serviços de saúde. Isso envolve, no plano organizacional, a integração dos programas: em uma conjuntura particularizante, muitas vezes estes se desenrolam com recursos “carimbados” do teto financeiro da saúde, o que lhes permite certa independência do restante da rede e, em muitos casos, um funcionamento quase independente das demais ações e serviços. Este é o caso do PSF em muitos municípios brasileiros.

Gestado num momento de restrição e racionalização dos gastos em saúde, já descritos anteriormente, o PSF vai ao encontro das críticas de organismos internacionais sobre o modelo brasileiro de assistência, centrado no cuidado hospitalar especializado, concomitantemente ao baixo investimento nas ações de prevenção e promoção da saúde.

Ainda que criticado, por conta disso, como um modelo de saúde de *pobres para pobres*, principalmente por prever, em sua proposta inicial, a baixa incorporação de tecnologias de assistência, o PSF é considerado por formuladores e gestores como uma estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil. (BRASIL, 1998) Na mesma direção, durante a década de noventa tivemos como principal característica da política de saúde a priorização das ações da atenção básica.

De um lado, esta ênfase, que se dá principalmente pela opção de financiamento focalizado, propõe ampliar o acesso à saúde via atenção básica como estratégia de universalização. Porém, Marques e Mendes (2002) demonstram que a focalização pode representar entraves ao princípio da integralidade, na medida em que a forma de financiamento homogeneiza os municípios brasileiros. Em primeiro lugar, o privilégio dado à rede básica se processou em detrimento da adequação da média e alta complexidades; em segundo lugar, essa forma homogênea de financiar realidades locais distintas impede a utilização de recursos adaptada à *demanda socialmente constituída*.

É preciso refletir, assim, que este terceiro sentido de integralidade deve inspirar novos sentidos dessa concepção. A compreensão do contexto político em que se inserem as práticas em saúde ilumina tanto sua reinvenção, em formas menos fragmentadas do *cuidar*, quanto sua reorganização em processos de trabalho configurados sob um modelo de gestão mais dialógico e participativo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.18, p. 23-36, 2002.

ANDRADE, L.O.M. **SUS passo a passo: normas: gestão e financiamento**. Sobral: HUCITEC/Edições UVA, 2001. 279p.

BRASI. Constituição 1988. Título VIII. Da Ordem Social. In: _____. **Constituição Federal**. Brasília, 1988. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 21 set. 2005.

BRASI. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 27 out. 2005.

CAMARGO JR, K.R. Das necessidades em saúde à demanda socialmente constituída. In: _____. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação em espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005. p. 91-101.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para a análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2001. 236p.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: _____. **Avaliação em saúde. dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. p. 29-48.

COSTA, N.R. Política social e ajuste macroeconômico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 18 (supl), p. 13-21, 2002.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A Produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: _____. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação em espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005. p. 181-194.

FURTADO, J.P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2000.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (supl.), p.103-112, 2002

GONÇALVES, R.B.M. et al. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: _____. **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Editora Hucitec, 1993. p.37-64.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p.163-171, 2002.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: _____. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO, 2001.p 39-66.

PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2001. 178p.

THURSTON, W. Evaluability assessment: a tool for incorporating evaluation in social change programmes. **Evaluation**, New Delhi, v. 9, n.4. p. 453-469, 2003.

Submissão: novembro de 2005

Aprovação: fevereiro de 2006