

INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Joseane Barbosa de Lima

A integralidade é apresentada por diversos autores como um conceito polissêmico. Desse modo, ainda que não haja uma única definição para esse termo, procurar-se-á nas linhas a seguir apontar algumas tendências.

Para escolha do referencial teórico foram consideradas as produções que estão em coerência com a proposta de integralidade defendida pelo Movimento da Reforma Sanitária brasileira na década de 1980, e que expressam a defesa dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Assim, objetiva-se possibilitar aos profissionais da saúde, em especial os Assistentes Sociais, a reflexão dos desafios e das possibilidades para efetivação desse importante princípio, em articulação com as equipes de saúde, e em coerência com o Projeto Ético-político do Serviço Social brasileiro.

INTEGRALIDADE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

A noção de integralidade tem sido utilizada para designar uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) que afirma o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, art. 198). A Lei 8.080/90 apresenta a integralidade da assistência como um “conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 2002, Art. 7º, Inciso II – Dos Princípios e Diretrizes). Trata-se de uma das bandeiras de lutas travadas em âmbito nacional pelo Movimento pela Reforma Sanitária na década de 1980.

No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária surgiu em meio à contestação do cerceamento dos direitos civis e políticos impostos pela ditadura militar, como também a política de saúde excludente, em que se caracterizavam o privilegiamento do setor privado da saúde e o fortalecimento do projeto privatista na área, contrariando, assim, as ações e medidas adotadas no regime militar. Nesse processo, o papel do Movimento Sanitário foi o de tornar “[...] construtores de um pensamento contra-hegemônico, fundado no conceito de determinação social do processo da saúde e na crítica à perversidade do sistema implantado, de mercantilização da medicina, delineando um projeto de transformação da política de saúde no país” (MEDEIROS, 2005, p. 3).

De acordo com Paim e Silva (2010), o princípio da integralidade na Reforma Sanitária Brasileira foi pensando em pelo menos quatro perspectivas: 1 – vinculação às ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde de forma articulada, nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária; 2 – atuação profissional comprometida com as dimensões biopsicossociais dos sujeitos; 3 – articulação com demais níveis de complexidade do sistema de saúde, visando garantir a continuidade da atenção dos cuidados em saúde e; 4 – articulação de uma rede socioassistencial (de políticas públicas) voltada “a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial” (PAIM; SILVA, 2010, p. 112).

De modo geral, os autores que têm pesquisado o tema, definem a integralidade a partir de um conjunto de características, sendo do ponto de vista conceitual considerada como noção, conceito, valor, princípio, diretriz operacional, proposição política, ideia, ou “conceito em estado prático” (BRASIL, 2014, p. 39).

De acordo com Paim e Silva (2010), é possível encontrar também o conceito de integralidade como categoria que abarca diversas dimensões do cuidado em saúde, envolvendo desde o acesso a serviços de saúde, a qualidade dos mesmos e as relações entre usuários e equipes de saúde. Outros autores defendem que sistemas de saúde direcionados na perspectiva da integralidade consideram os seguintes princípios: “a) primazia das ações de promoção e prevenção; b) garantia de atenção nos três níveis de complexidade dos serviços de saúde; c) articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; d) abordagem integral do indivíduo e famílias” (PAIM; SILVA, 2010, p. 112).

Nesse direção, Mattos afirma (2006) que a integralidade como um valor, não apenas um princípio constitucional, mas “uma bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns como desejáveis. Assim, o princípio da integralidade tende a se relacionar com a expectativa de construção de uma sociedade mais justa e solidária, sendo um desafio fundamental na agenda da saúde.

Closs (2010) ao defender a integralidade como valor, aponta que esta é uma noção que estimula a defesa e a materialização dos direitos sociais comprometidos com as necessidades mais amplas da população. Assim, a integralidade “insere-se num contexto mais amplo de disputa pela afirmação de democracia e justiça social, que se soma à contraditória luta por emancipação e cidadania da classe trabalhadora no seio das sociedades capitalistas (CLOSS, 2010, p. 76)

Mattos (2006) ao refletir sobre a integralidade, a define a partir de três conjuntos de sentidos. O primeiro sentido relaciona-se com as práticas em saúde e a defesa do não reducionismo dos sujeitos e de suas necessidades. Essa discussão tem como ponto de partida o movimento denominado medicina integral, que empreendeu críticas importantes ao olhar fragmentado dos médicos para com os problemas apresentados pelos seus pacientes. O alvo da crítica do movimento de medicina integral era os currículos de base flexneriana, responsável por formar médicos centrados nas dimensões exclusivamente biológicas, desconsiderando os aspectos psicossociais dos sujeitos. Nesse sentido, o movimento da medicina integral objetivava propor reformas curriculares “transformando as escolas médicas em produtoras de médicos com atitudes menos reducionistas e menos fragmentárias, médicos que fossem capazes de apreender seus pacientes e suas necessidades de modo mais integral” (MATTOS, 2009, p. 49). Assim, “para a medicina integral, a integralidade estaria relacionada à postura desejável dos profissionais de saúde: o olhar atento às necessidades dos sujeitos, para além do sistema biológico, promovendo uma forte crítica à medicalização da vida social.

O segundo sentido, está relacionado a dicotomia entre serviços de saúde pública e práticas assistenciais presentes no Brasil no contexto dos anos 1970.

A criação, na década de 70, do antigo Sistema Nacional de Saúde (SNS), consolidou uma antiga divisão entre as instituições responsáveis pela saúde pública e pela assistência médica – a primeira era pensada como sendo da alçada

do Ministério da Saúde, enquanto a segunda ficava na alçada do Ministério da Previdência Social. Uma das razões para tal dissociação era o reconhecimento de que as necessidades das práticas de saúde pública e das práticas assistenciais eram bastante distintas. As últimas eram demandadas diretamente pela população, enquanto as primeiras eram apreendidas inicialmente pelos técnicos. Do ponto de vista da formulação de políticas e propostas de ação, parecia aos defensores do antigo SNS que seria melhor dispor de um corpo de técnicos diferenciado para tratar de cada um desses tipos de necessidade de serviços de saúde (MATTOS, 2009, p. 56).

A organização fragmentada dos sistemas de saúde impactava as práticas assistenciais, o que disseminou a figura do modelo hospitalocêntrico como arranjo de serviços de saúde. As respostas a essa problemática passava pela noção da integralidade, exigindo a horizontalização dos serviços de saúde: “As equipes das unidades deveriam passar a pensar suas práticas, sobretudo desde o horizonte da população a que atendem e das suas necessidades, e não mais do ponto de vista exclusivo de sua inserção específica nesse ou naquele programa do ministério” (MATTOS, 2009, p. 59). A eliminação das diferenças entre serviços de saúde pública e serviços assistenciais apresenta às equipes de saúde novas tensões e questões demandadas pelos usuários, nem sempre de forma explícita. Nesse eixo, a integralidade passa a ser vista como um princípio de organização contínua do processo de trabalho dos serviços de saúde, buscando potencializar o seu impacto epidemiológico, e apreender as necessidades de saúde da população.

Por fim, o terceiro sentido apresentado por Mattos (2009) é a configuração da integralidade como princípio que deve orientar a organização das políticas sociais. Neste, o autor defende que a integralidade deve direcionar a formulação de políticas públicas, ampliando o enfoque e o alcance das mesmas, movimentando um conjunto de ações de cunho tanto preventivo, quanto assistenciais.

Nos três sentidos apresentados por Mattos (2009), a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo.

Cecílio (2009), por sua vez, defende que para se alcançar a integralidade na saúde é preciso trabalhá-la em várias dimensões. Nesse sentido, o autor define a integralidade em duas dimensões: a focalizada e a ampliada.

A dimensão focalizada compreende que a integralidade envolve o esforço da equipe multiprofissional em realizar a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas pelos usuários que buscam atendimento, necessidades que são sempre complexas e que precisam ser captadas em suas expressões individuais.

[...] quando alguém procura um serviço de saúde, está trazendo uma “cesta de necessidades de saúde” e caberia à equipe ter sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender da melhor forma possível. Toda a ênfase da gestão, organização da atenção e capacitação dos trabalhadores deveria ser no sentido de uma maior capacidade de escutar e atender às necessidades de saúde, mais do que a adesão pura e simples a qualquer modelo de atenção dado aprioristicamente (CECILIO, 2009, p. 120).

Por outro lado, a integralidade precisa ser pensada em sua dimensão “macro”, pois, por melhor que seja a equipe de saúde, a integralidade nunca será plena nessa dimensão singular. Nesse âmbito, encontra-se, segundo o autor, a dimensão ampliada da integralidade, esta pressupõe que a integralidade da atenção precisa ser pensada como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, isto é, uma integralidade pensada em rede.

A garantia da integralidade precisa ser assumida como responsabilidade do sistema de saúde e não fruto apenas do esforço individual da equipe e usuários. É preciso que se construa uma relação articulada entre “a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros”, pois uma não é possível sem a outra (CECÍLIO, 2009).

A INTEGRALIDADE NO COTIDIANO DO TRABALHO EM EQUIPE

Para Ribeiro (2008), a captação dos sentidos da integralidade possibilita a interação entre o profissional da saúde e os usuários dos serviços de saúde, proporcionando modos de organização do processo de trabalho voltado para otimizar as intervenções e práticas conectadas às necessidades da população. Para a autora:

[...] a integralidade vai muito além de uma justaposição das ações de cunho coletivo com as de cunho individual curativo. Trata-se, também, de um dispositivo político que habilita os sujeitos nos espaços públicos a encontrarem novos arranjos sociais e institucionais nas práticas de saúde. Esse dispositivo pode tornar-se uma estratégia pedagógica ao mesmo tempo em que promotora e recuperadora da saúde, bem como preventiva de doenças e agravos. A atividade da saúde tem um caráter pedagógico, onde profissionais e usuários podem se potencializar em saúde, cidadania, autonomia através do assumir coletivo (profissional, institucional e cultural) do desafio da integralidade (RIBEIRO, 2008, p. 92).

Defender a integralidade no âmbito do trabalho em equipe consiste em defender ações e serviços de saúde coerentes com a realidade dos sujeitos atendidos, construindo estratégias para dar respostas qualificadas às demandas identificadas. Assim, pensar a integralidade na saúde requer, fundamentalmente, pensá-la associada ao conceito ampliado de saúde, buscando estabelecer a relação entre saúde e totalidade social, prezando pelo desvelamento e reflexão crítica da realidade vivenciada pela população atendida.

Na análise de Mattos (2004):

[...] nenhuma pessoa que entra num serviço de saúde deve sair dele sem alguma resposta concreta desse serviço, ideia chave nas propostas de acolhimento, as teses que enfatizam a necessidade de uma escuta atenta por parte de todos os profissionais que atuam nos serviços de saúde (do segurança ao médico), as flexibilizações das rotinas sobre os fluxos dos usuários nos serviços de saúde de modo a permitir o desenho de um fluxo negociado para cada pessoa, as ideias de clínica ampliada, enfim, uma série de ideias e propostas têm sido formuladas e experimentadas em vários locais. Como também há muitos profissionais que, mesmo sem uma

formulação teórica da proposta, ou mesmo sem utilizar o termo, praticam a integralidade no seu cotidiano (MATTOS, 2004, p. 1.415).

Importante enfatizar ainda, que a discussão da integralidade precisa estar vinculada a formação e educação continuada dos trabalhadores da saúde em coerência com os princípios e diretrizes do SUS, isto é, uma formação que inspire a construção de sujeitos políticos ativos, interessados em ultrapassar o caráter técnico ou burocrático das ações profissionais e/ou institucionais. Desse modo, a integralidade “faz referência ao cuidado, ampliando a atenção à saúde para além de técnicas e procedimentos, mas busca a aceitação do outro, do encontro entre sujeitos, na manutenção da relação social e no compromisso que a institui, driblando a mercantilização e objetificação da vida” (PINHEIRO *et al.*, 2004; *apud*, RIBEIRO, 2008, p. 62).

Desse modo, o princípio da integralidade deve ser exercido pelos profissionais da saúde através de um olhar atento, de um atendimento qualificado capaz de captar as ações profissionais necessárias numa perspectiva interdisciplinar.

Defender a integralidade é defender o acesso universal à saúde nos diversos níveis de atenção, e, portanto, a saúde como direito, e o dever do estado na gestão, prestação e financiamento desse serviço.

A integralidade enquanto princípio do SUS reforça a concepção ampliada de saúde, a qual deve balizar o planejamento das ações. Contudo, a efetivação desse princípio ainda é um grande desafio no âmbito do SUS, e isso se deve a uma série de fatores, dentre os quais podemos destacar: as dificuldades em superar definitivamente o modelo biomédico na assistência à saúde; a formação de profissionais voltada para uma prática fragmentada; e os interesses mercadológicos da saúde, que circulam no interior do SUS. Contudo, apesar dos impasses e do desfinanciamento da saúde pública, O SUS tem resistido, e mostrado força nas respostas às necessidades de saúde dos brasileiros.

O princípio da integralidade no SUS expressa que o direito à saúde no Brasil não pode ser resumido a oferta de “cesta-básica” de serviços, mas prezar pela oferta de um cuidado integral, voltado para a defesa da dignidade e dos direitos humanos.

Nesse sentido, os desafios passam também por mudanças no âmbito dos processos de trabalho em saúde, e na intencionalidade que orientam as ações dos profissionais, que devem estar comprometidas com as diretrizes do Projeto da Reforma Sanitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília-DF: Senado Federal; Centro gráfico, 1988.
- _____. Ministério das cidades. Panorama do Saneamento Básico no Brasil, v. 4, 1ª ed. Brasília, 2014.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R, MATTOS, R.A. (Eds.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS-Abrasco, 2006. p. 117-130

- CLOSS, T. X. O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde na atenção básica: formação para a integralidade? Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-graduação em Serviço Social, 2010.
- MATTOS, R. A. de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R, MATTOS, R. A. (Eds.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS-Abrasco, 2006. p. 43-68.
- _____. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública, v. 20, n. 5: 1411-1416, *set.-out.* 2004.
- MEDEIROS, S.M. Reforma ou Contra-Reforma do Estado: repercussões na política de saúde. II Jornada Internacional de Políticas Públicas. UFMA, 2005.
- PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. In: Revista Bis. Desigualdes e iniquidades em saúde, v. 12, n. 2, São Paulo, 2010.
- RIBEIRO. C. A integralidade e seus percursos no SUS. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2008.