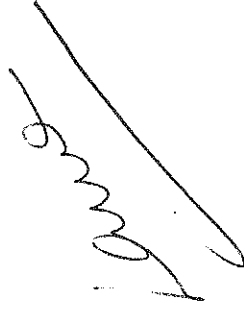


Apresentamos ao leitor mais um produto do projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde, fruto de uma série de atividades desenvolvidas no Instituto de Medicina Social da UERJ, em 2001 e 2002. Com o lançamento da primeira coletânea, *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*, em dezembro de 2001, buscamos aproximações com o tema integralidade, com o objetivo de sistematizar a produção existente, realçando sua utilidade e potencialidades na construção de práticas de saúde integradas em espaços públicos, sejam eles institucionais ou comunitários. Nesta coletânea oferecemos abordagens analíticas e dados empíricos de distintas experiências nas áreas de ensino, pesquisa e serviços. Todos os textos refletem uma defesa da integralidade como princípio norteador e organizador das práticas em saúde. Partimos do pressuposto de que a integralidade é uma construção social e faz parte de um esforço coletivo interdisciplinar, envolvendo pesquisadores, docentes, profissionais de saúde e alunos de graduação e de pós-graduação de instituições de ensino superior do país. O projeto Integralidade conta com o apoio e cooperação de grupos de pesquisadores e agentes de diferentes instituições: Departamento de Saúde Comunitária da UFF, Centro de Saúde Escola Butantã do Departamento de Medicina Preventiva da USP, Ministério da Saúde, CNPq, Faperj e IMS/UERJ. Atualmente, iniciando sua segunda fase, ele se volta para a perspectiva de desenvolver um conjunto sistematizado de estudos sobre as diversas experiências que vêm consolidando o princípio da integralidade, a fim de contribuir para o aperfeiçoamento e a formação de recursos humanos.

Roseni Pinheiro

Ruben Araujo de Mattos

Organizadores



Construção da INTEGRALIDADE:

cotidiano, saberes e práticas em saúde

Rio de Janeiro ■ 2003

Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde
Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (org.)

Capa: Erica Fidelis

Preparação de originais: Roseni Pinheiro

Revisão: Ana Sílvia Gesteira

Edição eletrônica: Erica Fidelis

Acompanhamento editorial: Ana Sílvia Gesteira

Agradecimentos pela competência técnica

Copyright © 2003 by Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

Esta publicação contou com apoio de CNPq, FAPERJ e IMS / UERJ

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / CBC

C759 Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde
Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores.
Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.
228p.

Bibliografia.
ISBN 85-902283-2-0

1. Política de saúde - Brasil. 2. Serviços de saúde - Brasil. 3. Saúde - Planejamento - Brasil. 4. Qualidade dos cuidados de saúde. I. Pinheiro, Roseni. II. Mattos, Ruben Araujo. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

CDU 614.008.1

Impresso no Brasil

Direitos exclusivos para esta edição dos editores-autores. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada sem autorização expressa dos editores.

PRIMEIRA REIMPRESSÃO - AGOSTO / 2004

SUMÁRIO

<i>Apresentação</i>	5
ROSENI PINHEIRO e RUBEN ARAUJO DE MATTOS	
<i>Práticas Efêmeras x Modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidade</i>	7
ROSENI PINHEIRO e MADEL THEREZINHA LUZ	
<i>Um Ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade</i>	35
KENNETH ROCHEL CAMARGO JR.	
<i>Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde</i>	45
RUBEN ARAUJO DE MATTOS	
<i>Atendimento Integral: a escuta da gestão estadual do SUS</i>	61
ALCINDO ANTÔNIO FERLA, RICARDO BURG-CECCIM e MARIA LECTÍCIA MACRY DE PELEGRINI	
<i>O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações</i>	89
RICARDO RODRIGUES TEIXEIRA	
<i>Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde</i>	113
ALUISSO GOMES DA SILVA JR., EMERSON ELIAS MERHY e LUÍS CLAUDIO DE CARVALHO	
<i>Aconselhamento Médico e Diversidade Cultural: a busca de um enfoque integral na prática da medicina de família</i>	129
OCTAVIO BONET	

Notas

- 1 Médico, doutor em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ, professor adjunto do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS/UERJ. Pós-doutorado no Department of Social Studies of Medicine, McGill University, Canadá. Pesquisador colaborador no Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde / grupo de Pesquisadores do CNPq - Racionalidades Médicas.
- 2 John Cleese, Graham Chapman, Terry Jones, Terry Gilliam (este, americano, se tornaria mais tarde diretor de filmes de sucesso), Michael Palin e Eric Idle. É interessante notar que Chapman, falecido em 1989, era médico.
- 3 Este resumo é baseado no *script* do filme, disponível em livro (Chapman *et al.*, 1999). Este trecho é apresentado nas páginas 11 a 14.

Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde

RUBENARAÚJO DE MATTOS¹

O presente trabalho, escrito em forma de ensaio, busca refletir sobre a integralidade na formulação de políticas de saúde, sobretudo nas políticas específicas de saúde. Como é sabido, o termo integralidade tem sido correntemente utilizado para designar um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Antes de ser consagrada como tal pelo texto de nossa Constituição, a integralidade era uma das “bandeiras de luta” do chamado Movimento Sanitário. Por outro lado, em que pesem os avanços do SUS desde sua criação, a integralidade ainda é um princípio que não se concretizou plenamente no cotidiano de muitos brasileiros.

Este texto se inscreve num esforço mais amplo de investigação sobre a integralidade. Em trabalho anterior, procuramos ressaltar o caráter polissêmico do termo. Naquela ocasião, partimos do pressuposto de que o termo havia sido cunhado para designar atributos desejáveis na configuração de um sistema de saúde e nas próprias práticas de saúde, atributos que contrastavam com aspectos das práticas e da configuração do sistema de saúde existente. Supondo que era exatamente esse contraste que dava (quase que por ostentação) o sentido ao termo, buscamos investigar os diversos contextos de usos da expressão integralidade e expressões afins para, em cada um deles, identificar os valores subjacentes, isto é, reconhecer as situações existentes que suscitavam indignação e levavam os atores sociais a sonhar com e a lutar pela integralidade.

A pergunta subjacente àquela fase da investigação era a seguinte:

“integralidade segue sendo uma noção, ou um conjunto de noções úteis para distinguir certos valores e características que julgamos desejáveis no nosso sistema de saúde? Ela ainda segue sendo um bom indicador da direção que desejamos imprimir ao sistema e suas práticas e, portanto, segue indicando [por contraste] aquilo que é criticável no sistema e nas práticas de saúde que existem hoje?” (Mattos, 2001, p. 43-44).

Argumentamos em defesa de uma resposta afirmativa. Identificamos pelo menos três grandes conjuntos de sentidos da integralidade, a saber: a integralidade usada para designar atributos e valores de algumas práticas de saúde, de alguns modos de organizar os serviços de saúde, e de algumas políticas de saúde. Atributos e valores que mereciam ser defendidos. E argumentamos que tais valores continuam a merecer nosso empenho em sua defesa. Seguimos na mesma direção, em defesa da integralidade. Mas nos dedicamos aqui ao terceiro daqueles conjuntos de sentidos: a integralidade como marca de algumas políticas de saúde.

Para melhor caracterizar os propósitos deste trabalho, tomamos numa primeira aproximação um exemplo extraído do *Relatório Final* da XI Conferência Nacional de Saúde, que dedica uma seção às chamadas políticas específicas. Inicia com um breve trecho introdutório: "os participantes da XI CNS apresentaram diversas proposições para a organização da assistência a grupos populacionais ou portadores de patologias específicas, tendo como referência os princípios e diretrizes do SUS" (Brasil, 2000, p. 130, grifos do autor). Obviamente o texto sugere que, daquelas proposições, o fato de terem sido elaboradas tendo como referência os princípios do SUS (entre os quais está o da integralidade) é uma virtude. Implicitamente, o trecho reconhece que, embora não seja esse o caso das proposições aprovadas na XI CNS, poderiam ser formuladas proposições que não tivessem por referência aqueles princípios e diretrizes do SUS.

O tema de que nos ocupamos neste trabalho pode ser assim resumido, em linhas gerais: como é possível reconhecer as marcas da integralidade em uma política de saúde específica, ou em uma proposta de política específica de saúde? Como podemos distinguir as políticas que se pautaram na sua formulação pelo princípio da integralidade (ou tiveram como referência esse princípio) daquelas outras que não o fizeram?

Da mesma forma que no trabalho anterior, enfatizamos que o caráter polissêmico do termo integralidade é fértil. Não pretendemos, pois, pleitear qualquer definição unívoca capaz de abraçar o conjunto de sentidos dados ao termo. Ao contrário, pretendemos explorar alguns contextos de usos possíveis do termo integralidade, destacando os valores subjacentes e fazendo um convite à defesa desses valores como atributos positivos de certas políticas de saúde. Trata-se, portanto, de um texto propositivo.

Mas antes de examinar aquelas questões, talvez seja oportuno fazer uma breve reflexão sobre a noção de políticas de saúde específicas. Tomamos a expressão de empréstimo exatamente do título da seção do *Relatório*

Final da XI CNS, referida anteriormente. Naquele uso, o termo designa um conjunto de políticas enumeradas nas propostas da própria seção. Não nos ocupamos aqui apenas das políticas enumeradas. Interessa-nos não só as políticas específicas existentes hoje, mas também aquelas que eventualmente venham a ser formuladas. Por isso, voltamos nossa atenção para a definição de políticas de saúde específicas apresentada naquele relatório, a saber: políticas voltadas para certos grupos populacionais específicos ou para grupos de portadores de certas doenças. Contudo, neste trabalho adotamos uma noção um pouco distinta. Chamamos de *políticas de saúde específicas* as respostas governamentais dadas a certas doenças específicas, bem como as respostas governamentais dadas a demandas e/ou necessidades de certos grupos populacionais específicos.

Algumas reflexões se impõem sobre o uso dessa definição. A primeira diz respeito ao que a diferença da noção utilizada pelos participantes da XI CNS: em vez de falar em políticas voltadas a grupos portadores de patologias, falamos em respostas governamentais a doenças. A distinção não nos parece irrelevante. Talvez a referência a grupos de portadores de certas doenças no relatório da XI CNS responda, de um lado, à presença anante e fundamental de movimentos organizados – que frequentemente advogam em defesa de grupos de portadores e de seus direitos – e, de outro, a uma certa oposição difusa ao reconhecimento de que certas políticas de saúde são respostas a certas doenças. Afinal de contas, tornou-se quase senso comum afirmar que não podemos continuar com uma noção de saúde que é tão-somente a ausência de doenças. Como também se tornou lugar comum criticar o modelo assistencial ainda hegemônico pelo fato de ele ser centrado na doença. No bojo desses argumentos frequentes no debate sobre a saúde e suas políticas, há inclusive os que julgam criticar a medicina por ela se basear em ciências da doença, e não em ciências da saúde. Em conjunto, tais argumentos produzem a sensação de que seria politicamente incorreto falar em respostas governamentais a certas doenças como se estas fossem políticas de saúde. Diante disso, parece plausível a escolha da expressão políticas voltadas a grupos de portadores de certas doenças.

Mas, ao fazer tal escolha, pensamos que esta se restringe em demasia à abrangência das políticas específicas de saúde, privando-as de um elemento-chave para a integralidade. Em um de seus usos, integralidade se refere à articulação entre as medidas preventivas e assistenciais. Analisaremos esse sentido adiante, na próxima seção. Por ora, basta ressaltar que

algumas medidas preventivas (exatamente as que são efetivas na prevenção da doença) não se fazem no grupo de portadores da doença. Se tomarmos a sério a definição de políticas específicas utilizada no relatório da XI CNS – políticas voltadas para um grupo portador de certas doenças –, corremos o risco de desenhar propostas tão-somente assistenciais. Gostaríamos de deixar claro que, quando falamos em políticas específicas, nos referimos às respostas governamentais a certas doenças específicas, nelas incluindo tanto as propostas e ações voltadas para o grupo de portadores da doença em questão como aquelas outras que, embora com potencial de enfrentar a doença, são voltadas exatamente para o grupo de não-portadores da doença. Daí a proposta de deixar de falar em políticas voltadas para grupos de portadores de doenças para retomar a defesa de políticas de enfrentamento de certas doenças, desde que pautadas pela integralidade.

Nosso trabalho toma como foco exatamente essas políticas específicas voltadas para certas doenças. Ele está dividido em duas partes. Na primeira examinamos, ainda que brevemente, as razões que levam a pensar que um princípio do SUS possa ser tomado como “uma referência” ou um eixo na formulação de políticas de saúde. Na segunda, examinamos as respostas governamentais a certas doenças, explorando algumas das condições da adoção da integralidade como princípio norteador dessas políticas.

1. Integralidade e a formulação de políticas de saúde

Por que razões os princípios do SUS e a integralidade, de modo particular, deveriam ser tomados como algo relevante para a formulação das políticas de saúde em geral, e das políticas de saúde em particular? Para responder a tal pergunta, é oportuno revisitar, ainda que muito brevemente, a história das políticas ditas de saúde.

Neste trabalho, concebemos as políticas como respostas ou tentativas de respostas dadas pelo governo a certos problemas públicos. As diversas tentativas governamentais de regular ou intervir sobre certos problemas podem ser reconhecidas e analisadas. Ou seja, em um certo momento, é possível identificar quais são os problemas e questões tomados a sério pelos que atuam no governo, problemas e questões que suscitam políticas. A noção de agenda governamental tem sido usada por alguns analistas de políticas para designar exatamente esse conjunto de problemas dos quais o governo se ocupa em suas políticas.

É claro que a agenda muda ao longo do tempo. Há sempre um conjunto de atores sociais que demandam a inclusão de novos problemas públicos na agenda governamental. Ou seja, há sempre demandas por novas políticas públicas. Eventualmente, surgem atores que demandam a retirada de um problema da agenda, considerando que o governo não deveria tentar dar uma resposta a ele. Essas demandas por mudança na agenda (e os atores sociais que as fazem) podem ser igualmente identificadas empiricamente.

Se voltarmos por um momento nossa atenção para as políticas públicas com alguma relação com a saúde no início do século passado no Brasil, constatamos que elas eram constituídas quase que exclusivamente por tentativas de respostas a certas doenças, certas ameaças epidêmicas. As respostas governamentais a certas doenças parecem ter sido muito importantes na construção da legitimidade social para as intervenções do Estado na saúde. Desde então, há certas doenças que são consideradas problemas públicos e, portanto, alvo de políticas específicas voltadas para seu enfrentamento e controle.

É claro que nem todas as doenças foram ou são consideradas problemas públicos. De fato, poucas entram para a agenda governamental brasileira. A inclusão ou não de uma doença na agenda governamental é sempre política, no sentido de que sempre é o produto da negociação entre diferentes grupos (governamentais ou não) que demandam e/ou resistem a essa inclusão. É importante destacar que, ao longo do século passado, a inclusão de uma doença era predominantemente demandada por técnicos (sobretudo especialistas em saúde pública) a partir de argumentos técnicos. No final do século, com a diversificação do movimento social organizado, surgiram demandas pela inclusão de doenças na agenda feitas por ativistas sociais, que conjugam argumentos técnicos (quando esses lhes são favoráveis) com a defesa do direito de grupos específicos.

Não só a inclusão, mas também as características das respostas governamentais são influenciadas pelo jogo político entre diversos grupos sociais interessados naquela política específica. Assim, por exemplo, as respostas governamentais às doenças no início do século, fortemente embasadas no conhecimento técnico da moderna saúde pública, assumiram características por demais conhecidas: pautavam-se pela centralização de sua formulação, pela verticalização de sua implementação e por um caráter autoritário, que desconsiderava o direito e não possibilitava a participação de outros atores que não os técnicos.

Esse modelo de intervenção, resumidamente denominado de campanhista, tem sido largamente criticado desde a década de sessenta. Contudo, ainda é possível reconhecer marcas desse modelo em muitas das respostas governamentais a doenças. É importante que se diga que essas características decorrem dos valores que pautaram a elaboração dessas respostas, e não são características obrigatórias de todas as respostas governamentais a doenças. Aliás, é exatamente essa questão que nos interessa aqui: quais seriam os atributos que uma resposta governamental a uma doença pautada pela noção de integralidade deve ter?

Mas ao lado dessas respostas governamentais voltadas para o enfrentamento de certas doenças, e de modo independente dessas, ao longo do século passado foi sendo formulado um conjunto de políticas que asseguravam alguns direitos dos trabalhadores e estabeleciam alguns benefícios para eles e suas famílias. Entre tais benefícios estava a oferta de serviços assistenciais à saúde. O problema público dessa vertente da política, que à época seria mais bem designada como uma política trabalhista do que uma política de saúde, parece ter sido assegurar o acesso dos trabalhadores e seus familiares aos serviços de assistência médica dos quais necessitassem.

Essas duas grandes vertentes de políticas públicas – a voltada para o combate de certas doenças, e as voltadas para a oferta de assistência médica ao conjunto de trabalhadores – permaneceram independentes até a década de setenta, quando um novo tema entrou na agenda governamental: a configuração de sistemas de saúde.

De fato, nos anos setenta, o debate sobre as políticas de saúde passou a ser predominantemente a discussão acerca da configuração desejável do sistema de saúde. No âmbito da discussão de planejamento, por exemplo, assistimos naquela época ao nascimento da chamada planificação de sistemas de saúde.

A idéia de sistemas de saúde, tal como circulou na década de setenta, apresentava dois componentes interligados. De um lado, ela tratava de um sistema real, formado pelo conjunto de serviços de saúde (ou por um conjunto de serviços de saúde). Nesse sentido, o desafio que se colocava era estabelecer como deveriam ser as configurações desse sistema de serviços de saúde, isto é, as relações entre os diversos serviços, as formas de financiamento, mas também os dispositivos para sua coordenação e gestão. De outro lado, reconhecia-se a importância da formulação de políticas de saúde, que não se referiam exclusivamente ao funcionamento do

sistema de serviços de saúde, mas que abarcava um conjunto mais amplo de questões que afetavam a saúde da população. Falava-se, à época, de um sistema político de saúde. Pensava-se que a articulação dos dois sistemas se faria pela superposição entre esse sistema político e os dispositivos de coordenação e gestão do sistema de serviços de saúde.

A consequência disso é que o debate sobre a configuração do sistema de saúde que se desenvolveu na década de setenta abarcava não apenas as características do sistema de serviços de saúde, como as relativas ao arranjo das instituições que formulariam as políticas de saúde e que conduziriam sua implementação.

Foram duas as propostas de configurações de sistema de saúde desenvolvidas no Brasil: a do antigo Sistema Nacional de Saúde e a do Sistema Único de Saúde. A primeira, desenvolvida no bojo do governo militar, concebía um sistema com comando pluriinstitucional, com dois pólos institucionais: o Ministério da Saúde, que se ocuparia das políticas voltadas à saúde da população, entre as quais todas as respostas governamentais a certas doenças, e o Inamps, que se ocuparia das políticas voltadas para a oferta de assistência médica a um crescente conjunto de beneficiários.

Foi a partir de um conjunto de críticas a essa configuração do SNS que se construíram as bandeiras de luta por um sistema de saúde mais justo, que em parte se tornaram os princípios do SUS. Nesse sentido, além da proposta da unicidade de comando, forjou-se um dos sentidos da integralidade: não parecia aceitável a existência de uma política voltada a ofertar serviços assistenciais descompromissada com as consequências dessa oferta sobre o perfil epidemiológico da população. Criticava-se que tal política era plasmada por interesses privados, pois apenas com assistência não seria possível reduzir a magnitude da maioria das doenças. A defesa da articulação da prevenção e da assistência nas políticas de saúde, nesse sentido, passava pela própria recusa de se pensar políticas exclusivamente assistenciais.

Talvez seja oportuno recordar que a configuração do antigo Sistema Nacional de Saúde, que separava em instituições distintas a formulação e implementação das políticas de saúde pública e de assistência, se justificava segundo alguns de seus defensores pela conveniência de ter uma certa especialização entre os técnicos de governo envolvidos em cada uma dessas políticas. O argumento (*sui generis*) enfatizava a importância dos técnicos trabalhando para o governo na detecção das necessidades a serem respondidas pelas políticas. De um lado, para as políticas de assistência, a tarefa

era simplesmente de responder às demandas, uma vez que, nesse caso, a necessidade de um serviço seria apreendida pelos próprios cidadãos, que a manifestariam na sua demanda pelos serviços de saúde. De outro, a política de saúde pública deveria responder a uma apreensão exclusivamente técnica das necessidades da população, até porque tais necessidades não se manifestariam através de uma demanda pelos serviços.

A noção de integralidade manifestava de certa forma uma indignação com esse modo de pensar. Ao defender que ações preventivas e assistenciais estejam articuladas, advoga-se que os formuladores das diversas políticas de saúde devem levar em conta ambas as dimensões. Ao invés de pensar em políticas distintas para a assistência e para a saúde pública, defende-se políticas que garantam o acesso universal e igualitário que se façam necessárias, quer sejam tais ações preventivas, quer assistenciais. Nesse sentido, o princípio da integralidade tem repercussões sobre o arranjo das instituições governamentais voltadas para formular e implementar as políticas de saúde; deve-se buscar uma repartição da agenda que não facilite a dissociação das dimensões assistenciais e preventivas.

Tendo tecido esses comentários mais gerais sobre a integralidade e a formulação de políticas de saúde em geral, voltamos a atenção para as respostas governamentais a certas doenças, retornando a uma das questões centrais deste texto: quais seriam os atributos que uma resposta governamental a uma doença pautada pela noção de integralidade deve ter? Procuraremos responder a essa pergunta analisando com algum detalhe alguns dos sentidos da integralidade aplicados, particularmente, à formulação de políticas de enfrentamento de certas doenças.

2. A articulação entre prevenção e assistência

Um dos significados de integralidade diz respeito à articulação entre ações preventivas e assistenciais. Assim, por exemplo, o texto constitucional fala de atendimento integral, com ênfase na prevenção, sem descuidar da assistência.

Por que distinguir esses dois tipos de ações? Nem todos os autores consideram relevante ou oportuna essa distinção. Levell e Clark, por exemplo, defendiam que todas as ações em saúde deveriam ser consideradas preventivas, estabelecendo alguns níveis de prevenção. Pensamos, contudo, que a distinção se sustenta na experiência de vida das pessoas.

As práticas assistenciais se aplicam àquelas situações nas quais os profissionais de saúde se encontram com sujeitos que sofrem e que almejam reduzir seu sofrimento. É a experiência de sofrimento, percebida como se fosse individual, que suscita as ações de assistência. Para a biomedicina, a assistência consiste fundamentalmente na busca da doença que causa o sofrimento de cada sujeito e na aplicação das tecnologias que combatem a doença. É claro que a biomedicina só se ocupa dos sofrimentos atribuíveis à doença, a tal ponto que alguns profissionais negam sistematicamente todo o sofrimento do outro que não se reduz à doença, inclusive o sofrimento provocado pelas tecnologias de diagnóstico e de tratamento. Esse reducionismo nas práticas de alguns profissionais é, obviamente, inaceitável, e é frente a ele que um dos sentidos do termo integralidade foi sendo forjado. Mas tampouco é aceitável que não se leve em conta a experiência de sofrimento que subjaz à própria demanda por serviços de saúde. As pessoas procuram as ações assistenciais nos serviços de saúde porque sofrem, e porque acreditam que esse sofrimento pode ser atribuído a alguma doença.

Mas o conhecimento sobre a doença e sobre as tecnologias de seu enfrentamento permitiu à biomedicina antecipar-se à experiência do sofrimento provocado pela enfermidade. Conhecemos hoje os fatores de risco de muitas doenças e dispomos de tecnologias que reduzem as probabilidades de se desenvolver uma doença. Tornou-se possível, assim, propor ações voltadas a evitar o sofrimento provocado pela doença. É sobre essa diferença que é possível distinguir as práticas assistenciais das preventivas. Enquanto as primeiras são demandadas a partir de uma experiência de sofrimento percebida como se fosse individual, as preventivas não. Exatamente por isso, no que se refere às organizações dos serviços de saúde, um dos sentidos do termo integralidade era o de indicar as vantagens de articular as ações voltadas para responder à demanda assistencial com aquelas destinadas à prevenção.

No plano das políticas de saúde, as ações preventivas e as assistenciais têm impactos distintos: as atividades assistenciais respondem a uma percepção das necessidades de saúde por parte dos usuários, enquanto as ações preventivas se enquadram na perspectiva de modificar o quadro social de uma doença, podendo inclusive modificar a demanda futura por serviços assistenciais. Ambas, quando adequadas, constroem a legitimidade das políticas de saúde. Com efeito, cada vez que o sistema de saúde não responde adequadamente à demanda que a ele se apresenta (seja ela justificável ou não pelos parâmetros técnicos), se corrói a sustentação política

de um sistema de saúde que pretende assegurar o acesso universal e igualitário. Nesse sentido, atender à demanda é um imperativo do direito. Por outro lado, a emergência de epidemias para as quais conhecemos dispositivos de controle também cortou as bases de sustentação do sistema de saúde. Daí o duplo dever do sistema: assegurar a resposta às necessidades e às demandas por ações preventivas e assistenciais.

No que diz respeito às respostas específicas a certas doenças, devemos reconhecer que, em sua maioria, elas sempre articularam ações assistenciais com ações preventivas, pelo menos no que diz respeito às respostas a doenças transmissíveis. Mas recentemente surgiram, sobretudo no debate internacional, propostas de políticas de resposta a certas doenças que assumiam a forma exclusivamente preventiva. Isso aconteceu, por exemplo, no que diz respeito ao debate sobre as respostas governamentais à Aids. A dissociação entre ações preventivas e assistenciais no combate a certas doenças foi possível por um modo de apropriação das análises de eficácia em termos de custo.

Com a publicação do documento *Investindo em Saúde*, pelo Banco Mundial, em 1993, difundiram-se as idéias de analisar as diversas intervenções sobre doenças segundo medidas do custo de seu impacto epidemiológico. A unidade proposta para mensurar esse impacto foram os anos de vida ajustados por incapacidade (AVAI). O procedimento básico consiste em estimar os AVAIs ganhos em consequência de cada ação de saúde, calculando-se, em seguida, o custo dessa ação por AVAI ganho. Tomando os resultados de tais análises, foi possível propor a tese de que os governos não deveriam prover nem financiar as ações que tivessem um alto custo por AVAI ganho. Com tais cálculos, tornou-se possível, por exemplo, recomendar que governos, sobretudo os de países em desenvolvimento, não financiassem nem promovessem o acesso gratuito aos anti-retrovirais, limitando sua resposta à Aids apenas a ações preventivas.

Tais soluções são incompatíveis com o princípio da integralidade, assim como são incompatíveis com os princípios constitucionais de universalidade e igualdade. Uma política de resposta a uma doença que contemple exclusivamente ações preventivas deixa de lado todo o grupo de portadores da doença. Nas doenças para as quais existem formas de tratamento eficazes, embora de elevado custo (e elevado custo por AVAI ganho), o viés preventivista da política tornaria esse grupo de portadores da doença postergados. Entre eles, os que não tivessem renda suficiente para pagar pela assistência da qual necessitam estariam privados desse acesso, o que fere frontalmente os princípios constitucionais.

A pressão dos custos elevados de algumas ações assistenciais necessárias para os portadores de certas doenças tem levado alguns gestores a postergar as necessidades desses grupos de portadores de doenças. Nesse sentido, há que se ressaltar a importância que têm tido entre nós os grupos de ativistas ligados a portadores de certas doenças, que têm lutado sistematicamente contra tal postergação de seu direito específico. Há que se reconhecer também a importância do Poder Judiciário, que tem sido acionado algumas vezes, no sentido de resguardar o princípio constitucional, impedindo que gestores enfatizem a prevenção, descuidando da assistência.

Mas devemos ressaltar principalmente os exemplos de políticas que têm se pautado pela integralidade. Esse é justamente o caso da política brasileira frente à Aids, sobretudo desde 1996. A resposta brasileira recusou o receituário internacional, assumindo o direito ao acesso gratuito dos anti-retrovirais a todos os que deles necessitam, sem descuidar das ações voltadas para a prevenção. Preocupada com o alto custo dos anti-retrovirais, a resposta governamental incluiu ações voltadas à redução dos preços desses medicamentos.

Em síntese, podemos dizer que uma das marcas das políticas de enfrentamento de certas doenças pautadas pela integralidade é que elas contemplam tanto as dimensões assistenciais como preventivas. Nesse sentido, elas se voltam tanto para garantir o direito dos portadores da doença às ações assistenciais de que necessitam, como o direito dos não-portadores a se beneficiarem com as ações preventivas. Isso sem descuidar das possibilidades de modificar o quadro da doença no país.

3. Integralidade como um modo ampliado de apreensão das necessidades

A integralidade traz, portanto, um convite aos formuladores das políticas de enfrentamento de certas doenças ao desafio de tornar compatíveis a perspectiva de controle, erradicação ou mesmo simples mudança da magnitude da doença no país, estado ou município, e a perspectiva do direito dos portadores da doença ao acesso aos serviços assistenciais. Isso implica que os formuladores não podem ter uma apreensão das necessidades de saúde da população exclusivamente através de indicadores epidemiológicos. Ou, de outro modo, não podem reduzir as políticas de saúde a políticas que têm por único objetivo reduzir a magnitude de certas doenças.

Na perspectiva da integralidade, os desafios postos por uma doença envolvem tanto questões relativas à oferta dos serviços assistenciais que são necessários para responder às necessidades de assistência dos portadores da doença em questão existentes hoje, como questões referentes às possibilidades futuras de redução do número de portadores dessa doença. Ora, as necessidades assistenciais não se reduzem às necessidades de se reduzir a letalidade ou a incidência de complicações. Elas dizem respeito sobretudo às necessidades de se oferecer uma resposta ao sofrimento experimentado pelo paciente ou, para usar os termos de Cangulhem, respostas aos estreitamentos no modo de andar a vida decorrentes da doença. Tais respostas podem ser tanto no sentido de alargar os limites postos pela doença, quer no sentido de apoiar o portador da doença de modo que ele possa seguir vivendo, mesmo com a vida limitada pela doença, mas de um modo mais feliz. Nessa perspectiva, as políticas de saúde pautadas pela integralidade devem basear-se numa perspectiva muito ampliada de apreensão das necessidades assistenciais.

As ações voltadas para a prevenção ou assistência não se fazem em pessoas que têm apenas risco de uma doença ou apenas uma doença. Os beneficiários das ações de saúde têm sempre um amplo conjunto de necessidades de serviços de saúde. A apreensão precisa dessas necessidades não pode ser feita pelos formuladores das políticas específicas (estes só conseguem apreender aquelas necessidades ligadas direta ou indiretamente à doença em questão). Aliás, essa ausculta e escuta ampliada das necessidades de serviços de saúde de um sujeito qualquer é uma das características das práticas de saúde pautadas pela integralidade. Desse modo, a resposta governamental a uma certa doença que seja pautada pela integralidade não pode definir como devem ser realizadas as práticas das ações preventivas e curativas, posto que, do contrário, a verticalização resultante poderia dificultar a integralidade nas práticas concretas dos serviços de saúde. De fato, a superação dessa tradição de ações verticais normatizadas pelos níveis centrais da gestão constitui um dos desafios maiores para políticas pautadas na integralidade.

Em síntese, pode-se dizer que as políticas de enfrentamento de certas doenças que são elaboradas tendo como referência a noção da integralidade incluem tanto ações preventivas como assistenciais. Ademais, elas partem de uma apreensão ampliada das necessidades das pessoas portadoras ou não da doença. Uma dimensão específica dessa ampliação é a que diz

respeito ao respeito aos direitos das pessoas. A questão aqui não se refere apenas ao direito ao acesso aos serviços de saúde. Refere-se ao conjunto de direitos da pessoa.

Já foi dito aqui que as primeiras respostas às doenças no início do século não se pautavam pela perspectiva do direito. De fato, muitas das técnicas de intervenção da saúde pública (como a quarentena) suspendem alguns direitos. O único objetivo das políticas de enfrentamento de certas doenças era a redução de sua importância epidemiológica. Para tal, todos os meios de coerção pareciam válidos: invadir casas, derrubar cortiços, tornar obrigatória a vacina etc. Ou seja, as respostas governamentais não levavam em conta os direitos nem as outras necessidades dos sujeitos que sofriam as ações diretas do poder público.

Contudo, o contexto atual torna tais atitudes inaceitáveis. E por várias razões. O próprio reconhecimento dos direitos, como valores a serem defendidos, traz a necessidade de se repensar muitas das formas de intervenção tradicionais da saúde pública. De outro, a adoção de uma visão mais ampliada da saúde tem permitido reconhecer que a negação de direitos tem grande importância na construção social de vários problemas de saúde, cujo enfrentamento torna fundamental exatamente resgatar aqueles direitos.

Nesse contexto, surge o desafio de pensar as políticas buscando superar as tensões entre a saúde pública tradicional e a abordagem centrada nos direitos. Um exemplo desse deslocamento pode ser visto quando comparamos duas diretrizes análogas, retiradas de duas políticas de enfrentamento de doenças sexualmente transmissíveis: as recomendações de realização do VDRL nas gestantes e a recomendação do teste para HIV para as gestantes. Ambas as recomendações são bem fundadas tecnicamente e se fazem não apenas no sentido de eventualmente diagnosticar precocemente uma enfermidade na mãe, mas também (e sobretudo) para reduzir as chances da transmissão vertical.

No caso da política voltada para a erradicação da sífilis congênita, recomendava-se até pouco tempo tempo atrás tão-somente que se fizessem três dosagens ao longo da gestação (duas no pré-natal e uma no momento do parto). No caso da política frente à Aids, as recomendações são de oferecer às gestantes a realização do teste. Nessa última posição, contempla o direito de cada pessoa de aceitar ou não submeter-se a certos procedimentos, como contempla o direito de informação sobre as ações preventivas e assistenciais propostas pelos profissionais para as gestantes. Nessa

perspectiva, a abordagem proposta na política de Aids assume um caráter de diálogo, de argumentação, de compreensão das razões que eventualmente levam uma mulher à recusa da realização do teste. Podemos dizer que as políticas pautadas pela integralidade tomam os sujeitos (doentes ou não) como tais, não negligenciando seus desejos nem seus direitos.

Aliás, a resposta governamental brasileira à Aids pode ser considerada uma experiência bem-sucedida de uma política de enfrentamento de uma doença pautada pelo princípio da integralidade. Ela contempla tanto ações preventivas como assistenciais e, ao fazê-lo, incorpora as preocupações com o alto custo das ações assistenciais, que é visto como potencial obstáculo a ser superado. Ao invés de deixar de oferecer tais ações assistenciais, a resposta governamental busca viabilizar o acesso universal e igualitário a elas. Ademais, a política brasileira frente à Aids tem buscado uma apreensão ampliada das necessidades específicas dos diversos grupos sociais vulneráveis à Aids, assim como do conjunto da população. Ela também tenta contemplar as necessidades específicas dos que vivem com Aids. Sobretudo, ela se pauta pela tese de que o enfrentamento da epidemia tem que ser feito respeitando-se os direitos das pessoas. Pode-se dizer que, nela, as pessoas (pessoas que vivem com Aids, portadores do HIV, pessoas que pertencem a grupos particularmente vulneráveis à infecção, ou mesmo o conjunto de cidadãos brasileiros) não são vistas como simples objetos das intervenções governamentais. Elas são vistas como sujeitos, que têm direitos, demandas que devem ser ouvidas, necessidades que devem ser supridas.

Essa experiência bem-sucedida nos mostra que é possível construir políticas de saúde específicas pautadas pela integralidade. Se, diante dela, nos interrogamos sobre as condições que possibilitaram uma tal política, certamente a resposta passa pela importância da articulação entre técnicos radicalmente comprometidos com a defesa do princípio da integralidade e do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde e ativistas do movimento social organizado ligado à Aids.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. *XI Conferência Nacional de Saúde*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

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

Nota

1 Médico, Doutor em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do IMS/UERJ, professor adjunto do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS/UERJ. Integra o Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde / grupo de pesquisadores do CNPq – Racionalidades Médicas.