

Os Sentidos da
INTEGRALIDADE
na atenção e no cuidado à saúde

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Ricardo Vieiralves de Castro

Vice-reitora: Maria Christina Paixão Maioli

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Cid Manso de Mello Vianna

Vice-diretor: Michael Eduardo Reichenheim

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Coordenadora: Roseni Pinheiro

Coordenador adjunto: Ruben Araujo de Mattos

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Cid Manso de Mello Vianna

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: José da Rocha Carvalheiro (USP)

Conselho Editorial

Aluisio Gomes da Silva Júnior (UFF)

Andrea Caprara (UECE)

Isabel Brasil Pereira (Fiocruz)

José Ricardo de C. M. Ayres (USP)

Kenneth Rochel de Camargo Jr. (UERJ)

Lilian Koifman (UFF)

Madel Therezinha Luz (UERJ)

Maria Elisabeth Barros de Barros (UFES)

Mary Jane Spink (PUC-SP)

Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque (UFPE)

Roseni Pinheiro (UERJ)

Ruben Araujo de Mattos (UERJ)

Yara Maria de Carvalho (USP)

Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva - CEPESC

Rua São Francisco Xavier, 524 – 7º andar

Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-900

Telefones: (xx-21) 2334-0504 ramal 152 (cepesc)

Fax: (xx-21) 2334-2152

URL: www.lappis.org.br / www.ims.uerj.br/cepesc

Endereço eletrônico: lappis.sus@ims.uerj.br

Roseni Pinheiro
Ruben Araujo de Mattos
Organizadores

Os Sentidos da
INTEGRALIDADE
na atenção e no cuidado à saúde

CEPESC • IMS/UERJ • ABRASCO
8ª Edição
Rio de Janeiro ■ 2009

Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde
Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (org.)

8ª Edição - 2009

Capa: Erica Fidelis

Preparação de originais: Roseni Pinheiro

Revisão: Ana Silvia Gesteira

Editoração eletrônica: Mauro Corrêa Filho

Acompanhamento editorial: Ana Silvia Gesteira

Copyright © 2008 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 CEPESC/ IMS-UERJ

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / CBC

S478 Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde /
Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores.
Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.
184p.

ISBN 978-85-89737-52-4

1. Política de saúde - Brasil. 2. Serviços de saúde - Brasil. 3.
Política de saúde mental - Brasil. 4. Saúde - Planejamento -
Brasil. 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.

A David Capistrano Filho (*in memoriam*), idealizador e realizador da prática política de saúde como um direito e como serviço, que insistia em nos dizer que “temos uma dívida muito grande com os desassistidos e eles têm pressa...”

AGRADECIMENTOS

A Eduardo Levcovitz, amigo e professor do Instituto de Medicina Social, que na qualidade de ator ativo na formulação e implementação do SUS, nos introduziu o tema, apresentando suas idéias e inquietações sobre os desafios e a *ousadia de fazer cumprir a lei*.

Às alunas Ana Emília, Ana Auler, Eneida, Grasiela, Helena, Maria Helena, Monia e Regina, pelas intensas discussões e críticas desenvolvidas na disciplina “Os Sentidos da Integralidade”, ministrada no IMS-UERJ, as quais contribuíram para a sistematização de nossas reflexões sobre os diferentes sentidos e significados atribuídos ao princípio da integralidade.

SUMÁRIO

<i>Prefácio à 8a. Edição</i> JOSÉ RICARDO C. M. AYRES	11
<i>Apresentação</i>	15
KENNETH ROCHEL DE CAMARGO JR.	
<i>Políticas de Descentralização e Cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual</i>	21
MADEL T. LUZ	
<i>Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos</i>	43
RUBEN ARAUJO DE MATTOS	
<i>As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade</i>	69
ROSENI PINHEIRO	
<i>As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde</i>	117
LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECILIO	
<i>Da Integração de Programas à Integralidade de Ações de Saúde: algumas reflexões preliminares</i>	131
ANA EMÍLIA LEITE GUEDES	
<i>Os Sentidos das Práticas Voltadas para Saúde e Doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil</i>	161
SONIA ACIOLI	
<i>Integralidade nas Políticas de Saúde Mental</i>	171
DOMINGOS SÁVIO ALVES	
<i>Sobre os autores</i>	181

PREFÁCIO À 8ª EDIÇÃO

JOSÉ RICARDO C. M. AYRES

É motivo de grande alegria poder prefaciар esta nova edição de *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*.

Em primeiro lugar, é uma alegria pessoal. Isto porque, repetindo o que disse Ricardo Bruno Mendes Gonçalves em outro prefácio, está já “*estabelecido, entre o prefaciador e o trabalho que visará, um amplo arco de simpatias e cumplicidades... de modo que o pequeno esforço que um faz será sempre solidário de um grande esforço que outro fez, e de cujo brilho quer compartilhar*”. Os autores desta obra, a começar por seus organizadores, são mestres, colegas, interlocutores com quem tenho tido oportunidade de aprender, trocar idéias, estabelecer parcerias. São pares da Saúde Coletiva por quem nutro não apenas amizade e afinidades acadêmicas, mas por quem tenho grande admiração. Ver esta obra chegar a esta significativa marca editorial só confirma o valor e a fecundidade das contribuições que estes valorosos companheiros têm trazido a nosso campo.

Em segundo lugar, a alegria de perceber que um tema a um só tempo tão complexo e relevante para as práticas de saúde está recebendo destacada acolhida em nosso meio. Entre os princípios que têm norteado a reconstrução do sistema de saúde brasileiro, a integralidade é talvez o mais difícil de definir e, no entanto, aquele sobre o qual repousam os maiores desafios para a efetiva consolidação do SUS e de suas elevadas missões. Como já disse em outro lugar: “*o princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas a integralidade nos desafia a saber e fazer o ‘quê’ e ‘como’ pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um*”. O sucesso deste livro é um

indício, portanto, de que o desafio da integralidade não está passando despercebido pela comunidade acadêmica, técnica e política da Saúde Coletiva, o que é um poderoso alento.

Mais do que um desafio político, econômico ou administrativo, trata-se aqui também de um desafio tecnológico, de arranjar, criar e recriar ações de modo a produzir, de modo universal e equitativo, não apenas tratamento, prevenção ou recuperação da saúde, mas, por meio de todos e cada um destes recursos, produzir *cuidado*.

Presente já no título do livro, a referência ao cuidado dá-nos bem a dimensão das ambições do princípio da integralidade. Alerta-nos da riqueza das necessidades, finalidades, articulações e interações implicadas num trabalho em saúde que se entende não apenas como produtor de bens ou valores de uso, mas como precioso recurso das e para as pessoas em busca de sua realização como sujeitos na plenitude do termo. Cuidar é participar da construção, sempre socialmente compartilhada, dos projetos de felicidade que não cessam de criar e nascer de nossos encontros no mundo, produzindo a cada vez novos horizontes para novos encontros possíveis. Cuidar é ver que cada experiência que se apresente como obstáculo àquilo que queremos fazer de nossa vida – nossa na *polis* e da polis em nós – seja compreendida e transformada do modo que nos pareça mais justo, produtivo e belo. Seja negativamente, como crítica e resistência a práticas que nos afastam de nossas legítimas aspirações, seja na proposição positiva de alternativas, cuidado e integralidade são idéias congêneres em suas vastas ambições, generosas até o limite da utopia, mas, por isso mesmo, imprescindíveis.

Não parece acidental, portanto, que *cuidado integral* e *integralidade do cuidado* sejam expressões tão presentes e fortes hoje em nosso campo. É como se uma palavra reclamasse a outra: a integralidade é do cuidado, como o cuidado só pode ser integral. E essa mútua referência guarda na sua intimidade a complexa plêiade de aspectos a que nos referimos acima, necessariamente envolvida na concretização dos valores emancipatórios em tecnologias a serem operadas no cotidiano das práticas de saúde.

Sob a ótica da integralidade, as *necessidades* de saúde precisam ser entendidas de um modo a que muitos chamam de “mais amplo”, querendo se referir à não-restrição à leitura biomédica dessas necessidades, traduzidas em entidades anátomo-fisio-patológicas, atuais ou potenciais (riscos). Mas amplitude talvez não seja o modo mais adequado de se referir ao tipo de mudança que a integralidade busca imprimir à compreensão das necessida-

des de saúde. De um lado, porque algo característico da leitura biomédica é justamente sua amplitude, sua capacidade de criar identidades para fenômenos que se estendem *ad infinitum*, na medida mesma em que tendem ao infinito os desdobramentos lógicos da sua linguagem científica. Não é de amplitude que se trata, portanto. O que não se quer é restringir a leitura das necessidades à linguagem das ciências biomédicas. O que interessa não é que sejam mais amplas, senão mais particularizadas e significadas. Não se quer falar de esferas não alcançáveis pela biomedicina, mas de fazer falar de outras formas as experiências que só as ciências biomédicas têm sido autorizadas a descrever. Quais linguagens podem falar das situações ou condições que relacionamos concretamente com nossa experiência de saúde e doença de forma pragmaticamente operante no cuidado? É esse enriquecimento na tradução das necessidades que se busca com a integralidade.

Falar de outras formas das necessidades no âmbito das tecnologias é, imediatamente, produzir de modo diverso, fazer mais e fazer diferente. A particularização significada de experiências de potência ou a limitação para os projetos de felicidade definirá mais ricos objetos e instrumentos para nossas ações de saúde. Assim, as *finalidades* se enriquecem com o enfoque da integralidade, reclamando de nós a integração de diversas esferas e recursos de trabalho em saúde. Integração horizontal, porque reclamam aspectos de promoção, proteção e recuperação da saúde que se implicam mutuamente nas situações concretas de saúde-doença-cuidado. Integração também vertical, entre atenção primária, secundária e terciária, porque a realização de tais finalidades reclama, em cada situação, diversos e dinâmicos arranjos entre distintas espécies de tecnologias.

Finalidades enriquecidas reclamam, por sua vez, que as linguagens e ações de instrução biomédica construam *articulações* entre si e com outras linguagens e ações capazes de realizá-las como tecnologias efetivas. Assim, a multiprofissionalidade, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade são as decorrências esperadas dos processos de trabalho em saúde orientados à integralidade.

Finalmente – em nossa argumentação, mas primeiro no mundo vivido – é preciso ter claro que se a linguagem é ato, é encontro, não haverá reconstrução de expressões de necessidade, redefinições de finalidades e de articulação de recursos sem transformações nas *interações* entre os sujeitos. Não há busca de integralidade que não chegue, por um caminho ou por outro, à necessidade de enriquecer o diálogo entre os sujeitos implicados nas

práticas de saúde: entre profissionais e usuários e de profissionais entre si. Por isso, não se consegue pensar em integralidade sem considerar o contexto de intersubjetividade em que se dá o cuidado, sem considerar o diálogo como seu fundamento, em qualquer plano em que se o analise, da macroesfera da constituição do Estado à microesfera do ato terapêutico.

Neste livro, já um clássico da Saúde Coletiva brasileira, o leitor encontrará preciosos recursos para instruir-se e refletir sobre cada um desses eixos da integralidade do cuidado, assim como poderá verificar as profundas relações entre eles. Na verdade, encontrará esses aportes não apenas neste livro, mas nos diversos volumes que compõem uma já vasta coleção produzida sob a coordenação do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), do Instituto de Medicina Social da UERJ.

Some-se, então, à minha alegria o forte desejo de que o diálogo proposto pelos organizadores e autores desta e demais publicações do LAPPIS não cesse de inspirar a comunidade sanitária, criando, a partir dos encontros neles realizados, renovadas possibilidades de construir o cuidado integral, equitativo e universal à saúde.

APRESENTAÇÃO

As Muitas Vozes da Integralidade

KENNETH ROCHEL DE CAMARGO JR.

A área de Saúde Coletiva no Brasil, e possivelmente na América Latina, tem um caráter mais abrangente do que o que apresenta na América do Norte ou Europa. Sob esta designação curricular, abrigam-se epidemiologistas, planejadores, gestores, profissionais das várias profissões da área assistencial da saúde, pesquisadores de várias tradições disciplinares nas Ciências Humanas. Essa multiplicidade de inserções e pontos de vista, por si só um indicador da vitalidade do campo, traz, contudo, uma responsabilidade ampliada. Por um lado, a multiplicidade e a diversidade demandam a precisão dos enunciados, para que o debate seja de fato possível. Por outro, este é um campo desde sempre militante.

No nosso país, em particular, a luta pela construção de um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade se confunde num primeiro momento com a própria luta pela redemocratização do país, e assume no presente contornos de resistência à guinada conservadora com relação às políticas públicas da última década. Ou seja, as propostas do campo têm efeitos bastante concretos na esfera política, e mesmo no cotidiano mais amplo da população. Sendo assim, a possibilidade de esclarecimento e construção de acordos quanto a princípios organizadores da assistência, longe de ser meramente “acadêmica”, no sentido pejorativo da palavra, interessa a amplas audiências – idealmente, a todos os cidadãos.

A discussão sobre a integralidade das ações de saúde, essa miragem fugidia e ao mesmo tempo central para o sistema de saúde que queremos, assume de maneira exemplar essa característica. Sua conceituação e implementação podem definir, num certo sentido, a essência mesma de uma política pública de saúde – veja-se, por exemplo, o texto de Luiz Carlos de Oliveira Cecilio nesta coletânea. O modo concreto de articular ações

assistenciais, dizendo-as *integrais* no cuidado, define o patamar ético e técnico de programação e avaliação da qualidade da assistência, dimensões situadas no núcleo duro do planejamento e gestão em saúde.

O curioso é que *integralidade* é uma palavra que não pode nem ao menos ser chamada de conceito. Na melhor das hipóteses, é uma rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas. Pode-se identificar, *grosso modo*, um conjunto de tradições argumentativas que desembocam nesse agregado semântico: por um lado, um discurso propagado por organismos internacionais, ligado às idéias de atenção primária e de promoção de saúde; por outro, a própria demarcação de princípios identificada em pontos esparsos da documentação oficial das propostas de programas mais recentes do Ministério da Saúde em nosso país; por fim, nas críticas e proposições sobre a assistência à saúde de alguns autores acadêmicos em nosso meio. A inexistência de uma definição de fato sobre o que seria a tal “integralidade” é ao mesmo tempo uma fragilidade e uma potencialidade, sendo ambas características apontadas, ainda que nem sempre simultaneamente, em vários dos textos aqui reunidos. Essa não-definição talvez explique, ainda, mesmo que parcialmente, a clara escassez de bibliografia sobre o tema, o que torna a publicação deste volume mais que oportuna, verdadeiramente estratégica do ponto de vista das possibilidades que abre para a qualificação do debate sobre a integralidade.

A variedade de abordagens e propostas fica evidente ao olharmos o conjunto dos textos que estão sendo publicados. Os dois primeiros trabalhos desta coletânea têm em comum o recurso à história como apoio para o desenvolvimento de suas análises. No primeiro deles, Madel Luz situa histórica, social e politicamente o momento atual da política de saúde, assinalando alguns de seus paradoxos, como a descentralização de responsabilidades com centralização de recursos financeiros, num contexto de “ajuste” ao modelo globalizado que jamais se completa, para explicitar no plano simbólico uma certa concepção de saúde, utilitarista e mercantilizada, que permeia a nossa sociedade. Isto se traduz, por um lado, na busca da estética dos corpos jovens e potentes como sinônimo de saúde e, por outro, na proliferação de um mal-estar difuso que carrega cada vez mais pessoas para os consultórios dos serviços de saúde. A idéia do cuidado e a solidariedade se mostram contra-estratégias eficazes na construção de uma resistência ao individualismo em suas várias manifestações.

Ruben Mattos aborda o tema da integralidade como um valor, mostrando, em primeiro lugar, como um diferenciador claro de propostas como as que inspiraram o arcabouço jurídico que deu origem ao SUS no Brasil, caracterizadas pela universalização do acesso aos serviços de saúde como dimensão da cidadania, em contraste com o viés economicista tipificado pelas propostas do Banco Mundial, que propõe a focalização da assistência pública à saúde – isto é, a criação de barreiras de acesso – como mais “eficaz”. A partir de um rastreamento histórico do desenvolvimento da idéia de integralidade – bandeira de luta polissêmica, uma “imagem-objetivo”, conforme a expressão resgatada dos clássicos do planejamento em saúde – passa a explicitar o conjunto de valores a ela associado, bem como a ilustrar como estratégias variadas da assistência à saúde se inspiraram e transformaram essa idéia-força, evidência clara de sua fertilidade.

O texto seguinte traz uma perspectiva mais transversal, baseada num estudo de caso sobre a implantação de um sistema de saúde local. Tomando as práticas do cotidiano como base de desenvolvimento de sua argumentação, Roseni Pinheiro aborda os desafios colocados às tentativas de integração, nos seus vários sentidos, pela assistência à saúde nos serviços públicos. A sua exposição deixa claros, em particular, os equívocos da concepção tecnocrática do planejamento em saúde, vistos como a aplicação da racionalidade de *experts* sobre uma população tomada como receptora passiva. Quanto a esta última, o estudo aborda, de forma inovadora, a articulação das concepções populares sobre questões fundamentais para a assistência à saúde com a própria determinação de demanda – entendida na sua dialética com a oferta, vendo-se ambas como resultado de processos dinâmicos e não simplesmente um retrato congelado no tempo definido *a priori*. No âmbito da oferta, desenvolve-se a idéia de que a mesma é condicionada e enquadrada por um determinado modelo de racionalidade – a da biomedicina – o que por sua vez determina um claro desafio para a mudança de seus padrões. Na composição final do mosaico apresentado, fica clara a dimensão propriamente política da luta pela implantação de serviços de saúde que garantam de fato o que consta como direito na letra da lei: o serviço de saúde de qualidade e de acesso universal.

Luiz Carlos de Oliveira Cecilio, membro de um dos mais ativos grupos de pesquisa voltados para a questão da assistência na área de Saúde Coletiva, propõe a discussão das necessidades de saúde como eixo estruturante da discussão, não apenas sobre a integralidade, mas sobre a política de saúde de um modo geral. No entender de Cecilio, esse enfoque permitiria

romper com várias dicotomias – como a dissociação entre os níveis macro e micropolítico – que paralisam a discussão crítica e, possivelmente, mesmo a ação inovadora. Seu texto propõe uma visão ampliada da idéia de integralidade, que no seu entender subsumiria as propostas de integralidade (tal como correntemente entendida), equidade e universalidade.

A seguir, Ana Emília Guedes retoma a chave histórica como recurso metodológico, e aborda o discurso das ações básicas de saúde como explicitador de tensões internas presentes nas sucessivas abordagens sobre integralidade. Retomando alguns dos pontos assinalados por Luz no texto que abre a coletânea, mostra a contradição entre as intenções universalistas do chamado “movimento sanitário”, presentes nos textos legais de regulamentação do SUS, e as tentativas de restrição mais ou menos disfarçadas embutidas em mais uma proposta de modernização conservadora da esfera pública no Brasil. Nesse texto ficam claros os limites criados pela indefinição conceitual da idéia de integralidade: a pactuação em torno de práticas concretas fica dificultada pelo que a autora chama de “caráter amorfo” de sua definição.

Sonia Acioli retorna à perspectiva do campo, como Roseni Pinheiro, porém centrada ainda mais no ponto de vista da sociedade civil, mais especificamente de um grupo urbano dos mais desfavorecidos, no que diz respeito à conceituação nativa sobre saúde. De modo inovador, seu estudo procura associar essa conceituação às práticas de saúde da mesma população, práticas estas entendidas dentro de um conceito ampliado, já enunciado por Madel Luz no primeiro texto deste livro.

Uma questão recorrente na discussão sobre a integralidade das ações de saúde diz respeito aos programas específicos, orientados por grupos populacionais e/ou categorias diagnósticas. Domingos Sávio Alves mostra a possibilidade não apenas da reflexão sobre o tema integralidade no interior de uma área específica – a saúde mental – de onde extrai importantes lições sobre a indissociabilidade entre a idéia de integralidade e a possibilidade de acesso aos serviços de saúde. Adicionalmente, fecha o texto com uma interessante especulação sobre a possibilidade (ou mesmo necessidade) de incorporação dos programas de saúde mental a uma perspectiva mais ampla – nominalmente, a de saúde da família.

Roseni Pinheiro e Ruben Mattos têm coordenado um programa de pesquisas sobre integralidade no Instituto de Medicina Social da UERJ. O I Seminário do Projeto Integralidade, realizado nesse Instituto em agosto de 2000, reunindo professores e alunos, pesquisadores e gestores, agentes do

aparelho de Estado e da sociedade civil, procurou demonstrar a vitalidade e a urgência do debate sobre a integralidade, deixando em aberto um leque de potenciais a explorar, tanto do ponto de vista da assistência quanto da pesquisa. Como parte do mesmo esforço de reflexão, os organizadores da presente coletânea ministraram a disciplina “Os Sentidos da Integralidade”, no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, também no Instituto de Medicina Social. Os textos aqui apresentados retratam as questões suscitadas no primeiro seminário, assim como a reflexão desenvolvida ao longo daquela disciplina. Escrevo a apresentação deste material pouco após a realização do segundo seminário do mesmo programa no espaço aproximado de um ano, o que mostra, por si só, a vitalidade do mesmo.

É neste ponto que encerro minha participação neste volume, convidando o leitor a compartilhar com os autores dos textos que se seguem suas indagações, dúvidas e hesitações – porque neles não encontrarão propostas fechadas. Como pesquisador, acredito que esse é o maior tributo que se pode prestar ao seu trabalho.

Rio de Janeiro, novembro de 2001.

Políticas de Descentralização e Cidadania: Novas Práticas em Saúde no Brasil Atual

MADEL T. LUZ

O projeto de descentralização em saúde surgido no Brasil nos anos 50 é retomado, em termos de política pública, no início da década de 80, com a crise das políticas sociais do Estado militar autoritário, que durou duas décadas.

Aqui se fala em *retomada*, porque os atores são essencialmente os mesmos do período anterior (burocracia e profissionais da área de saúde e previdência) e o modelo é basicamente o mesmo – sanitarista e desenvolvimentista, embora atualizado. A novidade, em termos políticos, é que a nova “descentralização” incorpora aos poucos o projeto dos *serviços locais de saúde* (SILOS), elaborado pelos organismos internacionais da ordem sanitária (OMS/OPS) nos anos 70. Também cresce a idéia de *participação* em direção à sociedade civil, aos “usuários” dos serviços, em vez da idéia de “comunidade”, tão cara aos anos 60. Programas de descentralização municipal de serviços são estruturados na primeira metade dos anos 80, em acordo com prefeituras simpatizantes das idéias de descentralização e de priorização dos serviços básicos de saúde.

Essas experiências continuam após o período de transição democrática (1975), com a política de saúde da Nova República e a criação do Serviços Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), e serão o laboratório do projeto Sistema Único de Saúde (SUS), que chegará praticamente pronto à VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, em 1986, para onde convergiram mais de três mil pessoas, fato inédito na história dessas conferências. É necessário esclarecer que a década de 80 foi palco de uma progressiva movimentação social em torno das políticas públicas, principalmente a de saúde, que passou a ser vista pela sociedade civil organizada (associações, organizações civis, sindicatos e partidos) como *direito de cidadania*. Houve a formação de movimentos populares em torno das

questões centrais das políticas de saúde (universalização, hierarquização e acessibilidade em relação aos serviços), bem como grande participação de grupos organizados locais (“comunitários”) nas Conferências de Saúde (estaduais, municipais), fruto da importância que toma essa questão na política da conjuntura¹.

É importante ressaltar que a movimentação da sociedade civil teve papel inegável na aceitação política das propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, em grande parte consubstanciadas no SUS. Pela primeira vez, se pode falar numa política pública no país, que busca, ao menos no seu discurso, a descentralização e a desconcentração, em proveito de instâncias intermediárias de poder institucional e sob *controle social* do cidadão, através de participação em conselhos (estaduais, municipais e locais) destinados a este fim. A saúde tornou-se a vanguarda das políticas públicas nessa questão. Entretanto, grande parte desse instrumento de descentralização política ficou sem regulamentação até o fim dos anos 80. Quando se iniciou a década de 90, os ventos políticos sopraram a favor do neoliberalismo, com a eleição de Collor de Mello. Começava ali um processo de desmonte de políticas públicas construídas não apenas na década anterior mas em outras, recuando-se até o governo de Getúlio Vargas e a política previdenciária dos anos 30.

É inegável a complexificação dos contrastes e problemas crônicos da sociedade brasileira na última década, em todos os níveis – econômico, social, político e cultural –, resultante não apenas do estilo de crescimento econômico e desenvolvimento social do país², mas também do processo conhecido como *globalização*. A endêmica concentração de riqueza, aliada ao crescente desemprego, piorou sensivelmente com a política econômica de ajuste fiscal adotada pelos governos da década, passando a economia brasileira, como a de outras do continente, a ser “monitorada” por organismos financeiros mundiais, como o FMI e o Banco Mundial. Foram implantadas nas economias periféricas políticas econômicas internacionais *monetaristas* centradas no “setor externo”, para as quais a expansão interna da produção e do emprego nas nações forçadas a adotá-las têm pouca significação frente ao controle da dívida externa, do equilíbrio fiscal, da balança de pagamentos e da “força” da moeda. O processo de implantação desse modelo em nosso país, iniciado no Governo Collor, ampliou-se e consolidou-se nos dois períodos do Governo FHC.

A consequência dessas políticas tem sido o empobrecimento dos povos dos países ditos de Terceiro Mundo ou “emergentes”, que acontece numa escala e com uma rapidez jamais presenciada no capitalismo³. Multidões de pobres são continuamente jogadas nas ruas desses países, pelo desemprego, pelo encarecimento da moradia, pelas doenças, pela velhice sem amparo devido a uma aposentadoria insuficiente. São populações vistas como “descartáveis”, como acentuaram estudiosos da questão da transformação do regime de trabalho e das condições sociais no capitalismo mundializado, inaugurando uma triste nomenclatura incorporada pela mídia. A perda de *status* e de capacidade de consumo, com inevitável declínio econômico e social das camadas médias tradicionais (pequenos comerciantes, comerciários, profissionais liberais, bancários, funcionários públicos civis e militares) é outro subproduto inegável do processo de mudança na economia em plano nacional e internacional, conhecido como globalização.

Nesse contexto, os jovens dificilmente encontram lugar no núcleo dinâmico do sistema de produção, independentemente de sua qualificação (evidentemente, quanto menos qualificado o jovem, terá menor probabilidade de ter um emprego e será mais atraído para o mundo do crime e do tráfico de drogas); os maduros são expulsos de seus empregos pelo encolhimento dos postos de trabalho, sobretudo na indústria; os que perdem o emprego têm grande dificuldade em voltar para o sistema. Como consequência, a economia informal acaba atingindo praticamente 50% do volume da atividade econômica. Todos esses fatos, conhecidos não apenas dos estudiosos das condições de vida da sociedade brasileira, mas da opinião pública, são mencionados aqui para chamar a atenção para a importância que terão como resultado final em termos de aumento de demanda de atenção médica, uma vez que atingem duramente a população, sobretudo em termos de saúde mental, motivando uma verdadeira crise na estrutura de atendimento da saúde pública.

A proposta do Estado neoliberal, como estratégia, é encolher-se ao nível mínimo, deixando em mãos privadas, filantrópicas ou voluntárias, às quais faz apelos constantes de “participação” e “parceria”, atividades concernentes ao setor social, secularmente definidas como funções públicas essenciais. Também por isso essa forma de Estado tem sido denominada entre nós de *neoliberal*, como alusão ao Estado liberal clássico do fim do século XIX e da Primeira República, ou República Velha, no início do século XX⁴.

O Estado neoliberal nos tem governado e dominado nos últimos dez anos, e temos ciência do que tem sido sua política de saúde: corte de verbas, desmonte do setor público, desvio de verbas destinadas à saúde para outros gastos etc. Não pretendo deter-me nesses aspectos, ampla e cotidianamente debatidos e denunciados por economistas, cientistas políticos, sanitaristas e pela mídia. Limito-me a analisar, ainda que brevemente, o que essa política implica em relação às questões centrais destas páginas, isto é, a questão da polaridade centralização/descentralização, da cidadania e das práticas em saúde na sociedade civil.

Em aparente paradoxo, o Estado neoliberal tende a favorecer a descentralização. Digo *aparente* porque, no plano financeiro, os governos neoliberais tendem a *centralizar* os recursos da União, que passam a ser controlados por sua *equipe econômica*, através da *concentração* dos mesmos nos ministérios ligados à economia, e a exercer sobre as unidades da federação (estados e municípios) um controle férreo, estabelecendo um conjunto de regras contábeis para o repasse dos recursos provenientes dos impostos a essas unidades. No desenvolvimento desta lógica de “repasses”, a partir de um certo ponto, o poder central passa a agir como um agente financeiro em relação a essas unidades, “emprestando-lhes” os recursos necessários para obras de investimento, custeio, folha de salários etc. Como conseqüência, os estados e municípios não apenas passam a depender do poder central para desempenhar a contento suas atividades, como tendem a endividar-se para além do que permitiriam as receitas provenientes de suas unidades⁵, criando um círculo vicioso semelhante ao que enfrenta o próprio Estado nacional face aos organismos financeiros internacionais. Deste ponto de vista, o Estado neoliberal é o mais centralista de todos os que a República brasileira pôde conhecer.

Do ponto de vista da concentração do poder político, esse tipo de centralização enseja formas de manipulação e corrupção também inéditas no país, pois, através do controle dos recursos, o poder central negocia, desvia, cerceia ou libera as verbas em princípio destinadas a setores sociais básicos, como saúde e previdência social, chegadas ao nível da emergência. Os poderes Legislativo e Executivo, nos níveis estadual e municipal, acabam tornando-se reféns dessa política, assistindo o país atônito e deprimido ao balcão de “negociações” corporativas das verbas públicas em que se transformaram as relações entre os poderes da República. Por outro lado, o núcleo central do Estado faz o que pode para se livrar do ônus político, social

e econômico que representam saúde e previdência, transferindo para unidades periféricas as *funções* e, sobretudo, as *responsabilidades* concernentes a essas funções. Esta delegação, prevista num instrumento de descentralização de política pública, como é o SUS, torna-se uma forma de o Estado central “desincumbir-se” de funções que lhe são constitucionalmente atribuídas.

Entretanto, o “repasso” dos recursos necessários para o desempenho dessas funções não se faz no mesmo ritmo nem com a mesma presteza com que são repassadas as obrigações. Desta forma, se quisesse resumir numa formulação clara e simples a política de descentralização da saúde dos governos neoliberais da última década, poderia dizer que esta tem consistido em *transferir* (“delegar”) funções para unidades estatais territorialmente menores (estados, municípios e locais), no sentido de delas poder “cobrar” responsabilidades referentes às funções delegadas com o menor dispêndio político e financeiro possível. Esta tem sido basicamente a estratégia de descentralização do Estado neoliberal. Evidentemente, esta é *uma das perspectivas políticas* envolvidas na questão da descentralização da política de saúde, embora seja a que mais pesa em termos de conseqüências para a sociedade civil e para a nação como um todo, considerada a importância do ator político envolvido nessa perspectiva. Mas há também as perspectivas de outros atores, presentes em conjunturas anteriores, como os profissionais e as burocracias da área de saúde, e a sociedade civil, que merecem ser analisadas. Além disso, novos atores que crescem na conjuntura dos anos 90 precisam ser colocados em exame para que se tenha uma visão mais global e nítida da complexidade do problema. Em primeiro lugar, cabem algumas palavras sobre os atores tradicionais da discussão do processo centralização/descentralização nas políticas de saúde.

Refiro-me aqui aos profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais) e a certos setores da burocracia da área de saúde (Ministério da Saúde e da Previdência Social). Creio que esses atores evoluíram de uma visão corporativa estrita (portanto particularista) para uma visão mais democratizante (portanto mais universalista) durante os anos 90, na medida em que passaram a ter uma interlocução com a sociedade civil organizada (associações, organizações, sindicatos, setores de partidos etc.) e advogaram muitas vezes sua participação no planejamento e na gestão (“controle social”) dos serviços de atenção primária à saúde, através de conselhos integradores de sua representação. Mais que isso: foram em geral esses atores – o que não quer dizer *sempre*, pois

resistências houve e ainda hoje há muitas — que propuseram e fizeram implantar tais Conselhos nas Secretarias de Saúde nos diversos níveis (local, municipal e estadual).

Profissionais e burocratas, incluindo os gestores, são, portanto, uma força política que tem atuado no *interior do Estado* (nas instituições estatais de saúde) ou na *periferia do Estado* (nas instituições corporativas de saúde), no sentido de produzir um movimento de desconcentração do poder estatal “de dentro para fora”, num processo de descentralização através do favorecimento da co-gestão institucional em todos os níveis territoriais (local, municipal, estadual e central), confirmando mais uma vez a teoria de que as instituições, mais que simples reprodução do Estado, são contraditórias e funcionam como *campo de luta* política. Neste sentido, devem-se considerar profissionais e burocratas da área de saúde como *vanguarda* da descentralização e da desconcentração institucional no interior das políticas públicas brasileiras, nos últimos 15 anos. Sua estratégia tem servido de modelo para outras áreas sociais, como a educação.

Em seguida, cabe considerar o efetivo avanço de movimentos populares e de organizações da sociedade civil, desde a segunda metade da década de 80, no sentido de reivindicar participação no planejamento e na gestão (“controle social”) dos serviços de saúde. Esse avanço tem caminhado da periferia para o centro, em termos territoriais e políticos, isto é, do local para o central. Os municípios e localidades são o grande eixo de mobilização pela descentralização em direção às Secretarias Estaduais de Saúde e ao poder central, no Ministério da Saúde. Além das organizações e associações locais comunitárias, atuantes desde o início dos anos 80, cabe assinalar, na década de 90, o surgimento e desenvolvimento participativo das organizações não-governamentais (ONGs) e dos agentes comunitários de saúde, ambos com impacto na movimentação política civil que envolve a questão da saúde.

Assim, a participação efetiva da sociedade civil nas políticas de saúde, resultante do entrosamento entre organizações civis e setores institucionais (profissionais, burocratas e gestores) tem variado de acordo com a cultura político-partidária dominante nos governos de nível municipal ou — às vezes — estadual, e tem sido um elemento concreto de desconcentração do poder estatal atuando “de baixo para cima”, embora ainda limitado a poucos estados e municípios. Poder-se-ia dizer que esse entrosamento produtivo de participação constitui *fator de democratização* da política de saúde. Evidentemente essa pressão democratizante pode encontrar reação mais ou menos positiva, com maior ou menor intensidade da parte do poder público.

No que concerne ao governo central, essa reação tem sido praticamente nula, em função da natureza das políticas públicas restritivas vigentes no governo neoliberal, que não ultrapassam o nível de assistência, emergencial aos mais necessitados.

No que concerne ao Estado, visto como *conjunto de esferas de governo*, é preciso assinalar sua grande diversificação interna em direção ao *local*, operada na década de 90, com a expansão dos municípios e o crescimento do peso dos governos municipais, através da expansão das prefeituras (e de suas secretarias). Um dado significativo desse crescimento é a organização dos prefeitos em nível de associação nacional, bem como das câmaras legislativas, dando origem ao que se poderia denominar de um *associativismo público* inédito no país.

Os municípios necessitam se unir na atualidade, em termos de poder público, para fazer face ao poder central, no sentido de obter recursos orçamentários para suas atividades e evitar o colapso fiscal por endividamento. Quero acentuar aqui que um novo ator político consolidou-se na década de 90 em relação à questão da centralização x descentralização das políticas públicas, e esse ator tende a ganhar importância, na medida em que cresce seu peso na balança política, através das eleições. Neste sentido, afirmo que *também* o poder municipal tende a ser nos próximos anos uma esfera de governo que pressiona o Estado central “de baixo para cima”, no sentido da descentralização/desconcentração das políticas públicas em geral, e em especial das políticas de saúde, em função do dispositivo descentralizador representado pelo SUS, fortalecendo direitos sociais de cidadania e a inclusão da sociedade civil no Estado.

Entretanto, devem-se levar em consideração as forças políticas que atuam em sentido contrário a essa tendência. Além da própria estrutura do Estado na conjuntura atual e das políticas que dela decorrem, existem os interesses de privatização, organizados desde os anos 70, transformados em *lobbies*, nos anos 80, e em poderoso ator político nos anos 90: laboratórios farmacêuticos, corporações médico-hospitalares, seguros e serviços privados de saúde, chegados ao nível de *atividade financeira*, em geral cartelizados.

Essas forças sociais têm forte presença em todos os níveis e esferas governamentais e pressionam fortemente o Estado no sentido de seus interesses. O Estado, por sua vez, tende a privatizar seus serviços e a limitar-se a ser apenas um regulador do mercado em relação a preços e qualidades de serviços e produtos oferecidos à população na área de atenção médica.

Desta forma, as forças socialmente dominantes tendem a se complementar e a tensionar as forças que atuam no sentido da *descentralização e desconcentração* das políticas de saúde.

Deve-se assinalar, entretanto, o forte interesse do Estado central em transferir funções e serviços para sua periferia, em termos territoriais e de *esferas de governo* (serviços de saúde em nível local), o que tem tido efeitos descentralizadores em relação à política de saúde. Foram criadas regulamentações assegurando a efetiva transferência, inclusive em plano financeiro, dentre as quais se destacam as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas durante a década de 90. A regulamentação de Conselhos de Integração de gestão institucional, em níveis municipal e estadual, iniciada nos anos 80 sem grande adesão, também se desenvolveu nesse período, superando aos poucos o tradicional isolamento institucional no plano da gestão e do desenvolvimento de programas.

Deste modo, pode-se dizer que na década de 90 houve *descentralização* na política de saúde brasileira, se entendida como delegação de funções ou transferência de ações (e sua gestão) para níveis territoriais menores e periféricos do sistema (municípios e localidades). Mas, se considerada a *concentração* dos recursos na esfera central de governo, o férreo controle contábil exercido sobre os níveis periféricos e a priorização de determinados programas verticais – não necessariamente coerentes com os escolhidos como prioritários em nível municipal –, pode-se dizer que se trata até o momento de uma descentralização incompleta, que às vezes chega a inviabilizar, por insuficiência de recursos, o funcionamento de programas e serviços locais, sobrecarregando os profissionais de saúde e responsabilizando-os, às vezes de maneira espalhafatosa⁶, pelas falhas resultantes do estrangulamento do sistema de atenção à saúde.

Finalmente, se houve descentralização na política de saúde brasileira na década encerrada, não houve – e nem poderia haver, considerando-se a composição atual do Estado e sua política dominante – *desconcentração*. A pressão de setores da sociedade civil, profissionais e burocracia, bem como do poder público em nível municipal, entretanto, é constante e tende a crescer com o papel do *local* na política estatal nos anos vindouros. Isso pressionará o Estado no sentido de implantar descentralização com *desconcentração* institucional de poder, forçando a política de saúde a avançar no sentido das demandas da sociedade.

Quando se avança, aliás, na direção das práticas e representações de saúde da sociedade civil brasileira – isto é, dos indivíduos, grupos e coletividades que a compõem –, deve-se mencionar a multiplicidade e a diversidade de modelos, discursos, práticas e representações presentes, ligados a saberes tradicionais ou atuais, a sistemas médicos complexos (como os sistemas tradicionais indígenas) ou a terapias descoladas de uma racionalidade médica específica e justapostas a outras, originárias de contextos culturais diferentes dos da “colagem” efetuada.

Diversidade, fragmentarismo, colagem (ou, se preferirmos a expressão cunhada por Lévi-Strauss, *bricolage*), hibridismo e sincretismo, características culturais atribuídas à pós-modernidade, estão seguramente presentes no grande mercado social da saúde contemporânea. Aqui a positividade da representação de saúde ganhou força nos últimos 30 anos, face a uma visão até então dominante de saúde como normalidade / ausência de doença, ou capacidade / incapacidade de trabalhar ou de desempenhar atividades⁷. Voltarei a esse tema mais adiante. No momento, creio ser mais importante discutir o porquê da “unanimidade” da saúde. Por que a “saúde” é tão importante na cultura atual, a ponto de podermos nos referir a ela como “a nova utopia”?

Acredito que se pode começar pelo *custo social* que a saúde passou a representar para os indivíduos, as famílias, o Estado e a sociedade civil nos últimos 20 anos. Adoto essa hipótese, macroanalítica, como uma hipótese interpretativa com função de elemento teórico de contextualização socioeconômica. Ela não é suficiente, entretanto, para explicar a pluralidade de sentidos e significados, de representações sociais e práticas sintetizados na categoria saúde presentes na sociedade atual. Pluralidade que remete à complexidade do universo simbólico presente na cultura atual. Nele a diversidade de atribuições de sentidos e significados, de representações, adoção de identidades individuais e coletivas no campo da saúde gera o que denomino *monólito simbólico da saúde*. No universo simbólico contemporâneo há um conjunto de representações relativas aos valores dominantes na sociedade, como o *individualismo* (a compreensão dos sujeitos como unidades pontuais autônomas), a *competição* entre os indivíduos como regra básica do relacionar-se, o *consumismo* como afirmação de ser, o *corpo* (e seu cuidado) como unidade central – muitas vezes única – delimitadora do indivíduo em relação aos outros, bem como *as estratégias de valorização do corpo*, com o sentido de obter dinheiro, *status* e poder. As estratégias referentes a essa valorização são basicamente estéticas e incluem

representações e imagens de *juventude, beleza e força*. Essas estratégias, dominantes na cultura, permeiam as representações e práticas de saúde, subsumindo-as e dirigindo-as no sentido da ratificação e do fortalecimento dos valores centrais da sociedade mencionados.

Por outro lado, a questão das condições de vida, emprego, trabalho, qualidade de vida, no sentido social e psicossocial da expressão, ressurge, neste contexto, como lugar privilegiado não apenas teórico mas simbólico, na definição do que é saúde. Para muitos, atualmente, ter saúde é “poder trabalhar”, mas agora não mais no sentido de ter disposição ou força física para o trabalho, mas no sentido de estar empregado e, na melhor das hipóteses, de ter estabilidade no emprego. Este é o sentido socioeconômico mais amplo a que me referi, acima, do custo social da saúde. Esse sentido está também ligado a outro, ao de custos do cuidado médico (dos seguros e planos de saúde) no contexto atual de tecnificação da medicina e de sua absorção pela economia de mercado capitalista. Nesse contexto, a medicina vem-se transformando numa atividade de “produção de bens” (enquanto ofertante de serviços médicos) e em instância social de “consumo de bens” (pelo lado da “demanda” de serviços pelo paciente, reduzido a cliente)⁸.

Deste ponto de vista, ter saúde significa, muitas vezes, não mais poder adoecer, não ter mais esse direito. Na verdade, adoecer significa, para muitos indivíduos e famílias, atualmente, seja na América do Norte ou na Europa, na América Latina ou na Ásia, perder o emprego, abrir falência, cair abaixo da linha da pobreza e de lá provavelmente não sair. Cuidar da saúde, ou “manter a saúde em forma”, implica cuidar também do emprego – portanto, da própria sobrevivência.

A situação de insegurança e instabilidade torna-se, por sua vez, fonte dos constantes desconforto, inquietação e perturbação, designados como *stress*, que por sua vez é gerador de adoecimento em grandes faixas da população. Além disso, a mudança econômica acelerada vem ocasionando acentuada desagregação de valores culturais, atingindo relações sociais e setores da vida social considerados estáveis até recentemente. A subversão de valores relativos a gerações, gêneros, sexualidade, formas de socialização baseadas na educação e no trabalho, além da ética das relações interpessoais, profissionais e políticas, tem gerado perturbação e agravos à saúde física e mental em parcela crescente de indivíduos na sociedade atual. Um grande mal-estar psicossocial está em curso, produzindo sintomas e síndromes indefinidos, muitas vezes não identificáveis pela medicina, responsáveis pela perda de milhões de horas de trabalho em todo o mundo. Configura uma grave crise

sanitária e gera uma constante busca de cuidado das pessoas num conjunto de atividades, todas vistas como “de saúde”, dentre as quais sobressaem as terapêuticas ditas alternativas.

A universalidade atual do paradigma ou utopia da saúde pode ser constatada não apenas na quantidade e na diversidade das atividades e práticas atualmente designadas como “de saúde”, mas sobretudo na tendência a ressignificar atividades sociais vistas na cultura como atividades lúdicas de jogo ou lazer, esporte ou recreação, estéticas, ou mesmo eróticas, como “atividades de saúde”. O esporte, a dança, o namoro, as relações sexuais, o alimentar-se, o dormir, o caminhar, o trabalhar, tudo pode e deve ser visto como *prática de saúde*. Ou de risco de doença, dependendo da intenção, da intensidade, da frequência e da quantidade com que é feito. Pois todas as atividades devem ser praticadas com equilíbrio, comedidamente, isto é, sem excessos.

Quero chamar a atenção para a questão do *comedimento* como uma das representações fundamentais da saúde, embora não única, na cultura contemporânea, originária da própria sociedade moderna burguesa⁹. Todo excesso é visto, nesse contexto, como um risco à saúde, porque desequilibra, e o desequilíbrio gera o adoecimento, isto é, a chegada da doença. Entre pacientes da rede pública de saúde, por exemplo, encontra-se com muita frequência uma representação autoculpabilizante dos “excessos” no comer, beber, ou em outros hábitos, como origem do seu adoecimento. A medida do agir, do comportar-se ou do controlar-se está nos sujeitos, pois são eles os responsáveis por não “danificar” sua saúde com excessos. A questão da “falta”, por outro lado, é sempre vista pela perspectiva do excesso de alguma qualidade vital negativa: a falta de exercícios, por exemplo, é sempre vista em função da vida sedentária, em que “sobra descanso” ou “inatividade física” e assim por diante. O equilíbrio, neste caso, é fruto não de balanceamento entre forças ou pesos opostos, mas de contenção, e a *contenção* supõe o autocontrole dos sujeitos.

A contenção dos excessos, entretanto, não é o único modelo de comedimento presente na cultura contemporânea. Outros modelos de equilíbrio não se reduzem ao paradigma da normalidade / doença, fugindo ao modelo do comedimento ligado ao controle médico. Existem representações afirmativas de equilíbrio em grupos e coletividades na sociedade civil, associadas à vitalidade e sua conservação, ao aumento da “energia” (sinônimo de vitalidade, neste modelo), vista como força, juventude e beleza, ou har-

monia, vistas, por sua vez, como sinônimo de saúde. Manter a saúde em forma é, neste caso, “manter a forma”, no sentido mais estético da palavra “forma”¹⁰. Um conjunto muito importante de “atividades de saúde”, com um número crescente de adeptos, decorre desse modelo.

Interessa assinalar aqui que é a *estética*, mais que a racionalidade médica e seus modelos (normalidade / patologia ou vitalidade / energia), o critério sociocultural de enquadramento dos sujeitos para determinar se realmente são “saúdáveis”, ou se precisam exercer alguma “atividade de saúde”, através do estabelecimento de padrões rígidos de forma física. O verdadeiro mandamento da saúde está mais ligado à boa forma do que ao modelo doença / prevenção / cura. As representações e práticas atuais relativas à saúde, tanto as ligadas à biomedicina, como as que se ligam às propostas médicas vitalistas, ou mesmo às conhecidas como naturistas, estão profundamente atravessadas por representações estéticas do corpo, as quais estão, por sua vez, ancoradas nos valores individualistas dominantes na cultura contemporânea. Deriva dessa interpenetração simbólica entre saúde, influenciada pela ordem médica, pela estética e pelo individualismo, uma série de conseqüências interessantes em termos de representações, práticas e estratégias de inclusão / exclusão de indivíduos e grupos sociais.

Chamo a atenção para atividades “de saúde” que se organizam na sociedade civil atual, destinadas a lidar, de acordo com os diferentes extratos sociais, sua mentalidade e inserção na estrutura de produção ou na cultura, com os processos de inclusão ou, mais freqüentemente, de exclusão social que decorrem da interpenetração mencionada acima. Essas atividades tendem a se tornar estratégias e táticas de resistência a esses processos, ou de criação de novos valores e práticas de sociabilidade. As “atividades de saúde” podem ser vistas, nesse contexto, como um tipo de estratégia de sobrevivência social, de rompimento com o isolamento provocado pela cultura individualista e narcisista que predomina na sociedade capitalista atual. A meu ver, elas manifestam a presença da diversidade das representações de saúde na cultura atual e o desenvolvimento de valores atuais concernindo a relações saúde / doença, corpo / mente, força / juventude, beleza / saúde, saúde / juventude etc.

Abordarei o conjunto de “atividades” ou “exercícios” de saúde mencionadas há pouco, que são mais presentes nos grandes centros urbanos. Trata-se das atividades físicas praticadas coletivamente no espaço das academias de ginástica, com predominância das faixas etárias mais jovens (18-35 anos) mas com tendência de expansão para faixas etárias mais avançadas (40-60

anos), conforme reportagens e noticiários da imprensa escrita e televisiva. Tais atividades não procuram mais, como em períodos clássicos, “equilibrar mente e corpo” na busca do equilíbrio / saúde, mas fortalecer e tornar aparentes certos tecidos do corpo, “desenhando” músculos, “levantando” seios e nádegas, tornando fortes músculos e tendões, modelando, assim, uma imagem de saúde que associa força, juventude e beleza. A prática sistemática de exercícios repetidos sob ritmos variados, freqüentemente acompanhados por música coerente com tais ritmos, visando a pôr “em forma” o corpo, caracteriza esse conjunto de exercícios físicos como um movimento regido pela estética na cultura atual. Existem variadas formas de exercícios coletivos, conhecidos sob o título de atividades físicas, praticados às vezes no mesmo espaço, isto é, na mesma “academia”, que incluem diversos modelos e distintos paradigmas de “práticas”, do mais biomecânico ao mais bioenergético, que absorveram *movimentos da yoga, da dança, das artes marciais* etc. Há, no Rio de Janeiro, demanda de público para a prática de todas essas categorias de atividades. A demanda de público para a prática de todos esses tipos de atividades é *crescente nas metrópoles atuais*.

O resultado esperado pela maioria dos praticantes dessas atividades é normalmente estético, e não propriamente de “saúde”. Entretanto, considera-se nesse meio que indivíduos não-praticantes estão “fora de forma” e não são, conseqüentemente, saudáveis. Como a busca da beleza / juventude é o grande empenho nessa atividade, muitas vezes há um excesso nas práticas mais *hard* do fisiculturismo, o que acaba danificando a própria saúde. É freqüente o uso de esteróides anabolizantes e outras substâncias químicas pelos praticantes de modalidades, como musculação, sobretudo os de sexo masculino, no sentido de fazer “crescer” os músculos, torná-los mais aparentes e evitar o cansaço para poder praticar mais exercícios. A busca de sucesso, *status* e dinheiro, assim como o consumismo associado ao “corpo em forma”, entre os jovens de classe média das academias, é perceptível, embora esses não sejam os únicos valores presentes. O corpo é representado como um capital potencial, um investimento que pode (e deve) ter retorno. Fica patente, nesse contexto, que o corpo individual é o centro do universo simbólico desse público, independentemente até de gênero¹¹. Relações sociáveis de cooperação que ultrapassem os umbrais do salão da academia, se existentes, são desconhecidas.

É claro que essa caracterização é grosseira e está restrita às faixas mais jovens dos praticantes das atividades físicas mais *hard*. Todas as atividades físicas praticadas coletivamente em espaços fechados (ou mesmo abertos,

como parques, praças e jardins públicos) acabam levando a atividades de cooperação e de identidade de grupo, como passeios, excursões, festas de aniversários dos praticantes etc., mesmo nas academias de “malhação”. Entre as atividades físicas *hard* incluem-se as formas de ginástica aeróbica, em geral acompanhadas de *tecnomusic* ou ritmos semelhantes, conhecidas entre os brasileiros como “malhação”.

As práticas mais “suaves” de exercícios físicos, como o alongamento, a hidroginástica, a *yoga*, a biodança e outras danças praticadas como ginástica (inclusive a capoeira) comportam outras representações de corpo e de saúde, em que *energia*, *harmonia* e *equilíbrio* aparecem como base da vitalidade. O próprio ritmo dos exercícios (e da música que os acompanha), com sua concepção implícita de tempo mais lento e mais “singularizado” (individualizado) dos movimentos, exclui a busca de “produtividade”, entendida como resultado imediato, que caracteriza a fisicultura.

É necessário ressaltar, entretanto, que a prática continuada das atividades físicas tem como resultado corrente o fato de ampliar os limites corporais, o desempenho de atividades físicas e mentais, bem como a auto-estima dos praticantes. Como consequência, há a aquisição de progressiva autonomia face a medicamentos, próteses, aparelhos e outros procedimentos tecnológicos característicos da terapêutica médica ocidental. Os professores e instrutores de ginástica, alongamento, hidroginástica, dança, ioga, *tai-chi* etc. insistem, independentemente de seus paradigmas, na necessidade de os praticantes buscarem superar seus limites, indo sempre “um pouco mais além”, no sentido de adquirir mais vitalidade e autonomia. Essa contínua busca de superação representa uma competição cotidiana do indivíduo consigo próprio, o qual deve adquirir, com a prática, a percepção desses limites, evitando danos à saúde.

No contexto das academias de aeróbica e musculação, entretanto, os indivíduos têm pressa em adquirir um corpo “saudável”, isto é, modelado, que possa ser utilizado como instrumento de ascensão ou promoção social, ou para a conquista de pares com mesmo nível de beleza e saúde no mercado sexual. E também para conseguir inserção no setor do mercado de trabalho baseado na forma estética do corpo, com as profissões de modelo, ator etc. A procura da juventude ou do rejuvenescimento através do exercício físico – a “forma física” vista como saúde, e esta como decorrência da beleza, força e juventude – caracterizam o paradigma dessas atividades, bem como as representações que lhes são associadas. São paradigmas e representações enraizados na cultura de corpo dominante entre jovens de

classe média das grandes cidades, associadas a uma florescente indústria de vestuário, cosméticos, alimentos e *fármacos*, totalmente voltada para a conservação ou recuperação da juventude, isto é, para a forma ou *fitness*.

Sob a égide desse paradigma, um número crescente de adolescentes dessa classe faz apelo às cirurgias plásticas, no sentido de “corrigir defeitos” da natureza: a remodelação de orelhas de “abano” (descoladas) ou narizes grandes, a redução ou o aumento de tamanho dos seios configuram um conjunto de intervenções médicas visando a “restituir a auto-estima” ou a retirar do isolamento os jovens discriminados por suas “imperfeições” face ao rígido padrão atual de beleza, geralmente à custa de grande sofrimento físico e psicológico.

À medida que se avança em faixa etária e se desce em estratificação social, a ênfase nesses valores diminui. A frequência de mulheres de meia e terceira idades aparece como majoritária, como aliás em quase todas as atividades de saúde da atualidade. Uma suavização dos valores individualistas pode ser notada em aulas de academias frequentadas sobretudo por mulheres nessas faixas etárias. Aparentemente elas buscam, através do cuidado com a saúde (e de uma sonhada recuperação da juventude), a ruptura do isolamento em que caem com frequência as maduras e idosas, em nossa cultura, vítimas dos valores do corpo jovem e belo como critério de aquisição de *status* e de ascensão social.

Mas é uma minoria de mulheres maduras ou idosas que deseja fazer a ginástica aeróbica, praticada geralmente pelos jovens. Nos espaços das academias, essas mulheres tendem a se sentir deslocadas e inferiorizadas, em função da depreciação de seu corpo. Além disso, os médicos desaconselham esse tipo de exercícios para pessoas acima de 40 anos, a não ser sob estrito acompanhamento¹². As mulheres maduras e idosas que desejam praticar exercícios físicos coletivos buscam modalidades mais “leves”, como a hidroginástica, a antiginástica e o alongamento. Uma parte crescente delas, sob influência da mídia, vem buscando os exercícios ligados às medicinas alternativas, como *tai-chi-chuan*, ioga, hidroginástica, biodança ou dança de salão. Neste caso, o paradigma da vitalidade / energia está presente, sendo a saúde representada como *equilíbrio / harmonia*. O corpo é representado como uma dimensão do sujeito, concebido como *unidade bio-espiritual*. A busca da beleza e da forma associa-se à recuperação da saúde, flexibilidade ou rejuvenescimento. A cordialidade e a cooperação entre as praticantes são muito frequentes, assim como as atividades comuns de conagração, incentivadas pelas academias, possivelmente para man-

ter a unidade e a permanência das turmas.

Desejo ressaltar, entretanto, que não são apenas as mulheres maduras e idosas que sofrem o isolamento na cultura dos corpos jovens, belos e fortes, isto é, dos corpos “saudáveis”¹³. Também os homens de meia ou terceira idade – embora com menor frequência que as mulheres, porque raramente estão sós – os obesos, os deficientes físicos e mentais em menor ou maior grau, e os jovens desprovidos de dinheiro e beleza estão, quando não discriminados, situados em lugares inferiores da escala social, onde o “capital corpo” está, por deterioração ou incapacitação, depreciado.

A separação entre juventude e beleza é possibilitada não apenas por critérios estéticos, em que a diferença é vista como anormalidade ou *anomalía* (orelhas de “abano”, nariz ou seios grandes, excesso ou falta de altura etc.) mas também raciais. Frequentemente um jovem negro ou mulato, maioria no país, pode ser visto como feio, já que o padrão internacional de beleza estabelece, ainda hoje, o branco de olhos azuis ou verdes como medida estética a partir da qual os indivíduos jovens são avaliados. O problema social grave é que esse cultivo de valores “estéticos” tende a acentuar o isolamento progressivo de um número crescente de pessoas, com a perda de sentido e horizonte para suas vidas, o surgimento do pessimismo e da desesperança, do medo e da desconfiança, com a conseqüente incomunicabilidade com outros seres humanos, e a presença crescente de angústia e depressão, que acabam levando ao adoecimento físico e mental.

É compreensível, portanto, que uma parte considerável dos atendimentos em ambulatorios da rede pública das metrópoles brasileiras – acredito mesmo que de todo o mundo contemporâneo – estimada às vezes em cerca de 80%, seja motivada por queixas relativas ao que poderia ser designado como síndrome do isolamento e pobreza. Acentuo a palavra “pobreza” para salientar sua importância no momento atual da sociedade capitalista mundializada, com as conseqüências graves e duradouras que tem sobre as condições de saúde das classes assalariadas do planeta. Quero ressaltar que a situação socioeconômica vem sobredeterminar o isolamento já propiciado pela cultura individualista, piorando a situação de exclusão e de perda de horizonte vital dessas classes. Acentuo também que à pobreza psicológica e cultural onde vivem vem juntar-se a pobreza material, com seu cortejo de privações, de humilhações e de violência cotidiana crescente.

Velhos e velhas, aposentados de ambos os sexos, desempregados de todas as idades e qualificação profissional, jovens empobrecidos pelo não-acesso ao emprego ou por remuneração vil, menores abandonados, mulheres

sós ou com família a seu cargo, configuram atualmente a população mundial majoritária. Também essa população quer ter saúde, ou ao menos escapar do fatalismo da doença e da morte precoce. Aqueles que não estão nas filas de atendimento dos serviços públicos despojados de autonomia em relação a sua saúde, irreversivelmente medicalizados¹⁴, buscam também “cuidar” de sua saúde.

Para essa imensa parcela da sociedade, que inclui estratos médios e baixos da escala social, obter saúde significa, em grande parte, ser cuidado. A saúde é, neste caso, representada como preservação da dor, do sofrimento, do envelhecimento e, na medida do possível, da morte precoce¹⁵. Por outro lado, estar saudável é poder ter alegria, disposição para a vida, recuperar o prazer das coisas cotidianas e poder estar com os outros (com a família, com os amigos). Deste ponto de vista, ter saúde é poder romper com o isolamento provocado pelas situações a que a sociedade contemporânea relega uma parte importante de seus componentes, devido à idade, à doença, ao desemprego, à pobreza, considerando-se as principais fontes de isolamento. A saúde representa, neste caso, uma vitória contra a morte social.

Em outras palavras, a conquista da “saúde” não deixa de ser, muitas vezes, fruto de uma vitória contra a cultura atual. É na faixa da população mencionada que se encontra uma parcela considerável da clientela das medicinas alternativas e naturalistas. É também nessa faixa que a representação de tratamento é mais perceptível como cuidado. Também é aqui que se pode encontrar com frequência a busca de saúde como autocuidado, e mesmo como troca de cuidados, sobretudo na camada média com formação educacional universitária, acessível e sensível às doutrinas esotéricas, naturalistas, psicológicas e morais dos manuais de autocura *new age* em moda na cultura contemporânea. A busca contínua e constante de *cuidado* é parte de uma estratégia de ruptura com o isolamento, imposto pelo individualismo e pela constante ameaça de perda de *status* e de pobreza a que essa população está exposta.

Considero importante ressaltar aqui o papel de *ressignificação* da saúde, do adoecimento e da cura que essas práticas ou terapias representam para seus doentes, e a contribuição que aportam para retirá-los do isolamento social da pobreza, do envelhecimento e da doença. As práticas ou atividades de saúde propiciadas por esses sistemas, sejam coletivas ou não, favorecem o estabelecimento da comunicação, de interações sociais, a formação de

grupos, redes e mesmo movimentos – ainda que muito localizados – pela “saúde”, ou ao menos pela cura.

Relações de solidariedade, ou de cooperação e apoio mútuo, ainda que localizadas, restritas ao espaço onde se desenvolvem as atividades de saúde, tendem a se estabelecer, tornando-se o ponto de partida para a renovação da sociabilidade, para a constituição de “novos amigos”, de “trocas” (de informações, experiências, conselhos e orientações) que vão aos poucos restaurando o tecido social comunicativo, com a criação e extensão de atividades para fora do âmbito das práticas de saúde¹⁶. O isolamento é aos poucos vencido pelas atividades, e ressurgem nos indivíduos o otimismo e a esperança, com o restabelecimento da confiança no outro, mesmo que no restrito grupo onde a atividade é exercida. Junto com esses sentimentos ressurgem a saúde, ou a melhora.

São essas formas de exercício focais de solidariedade que se tornam pequenos e múltiplos pontos de resistência ao individualismo dominante, colocando a amizade e a cooperação no lugar da competição. Embora esse tipo de relações seja especialmente favorecido pelas atividades mencionadas como parte da sociedade civil, isto não significa que não apareçam também em atividades e programas desenvolvidos em instituições médicas, como o hospital ou o ambulatório, ou em serviços públicos locais de saúde. No sistema brasileiro de saúde descentralizado (SUS) há vários desses programas, onde tais relações tendem a aparecer. Podem aparecer até mesmo em filas de espera de atendimento¹⁷. É importante assinalar, finalmente, que a tendência a incluir tais práticas na rede pública de serviços é ascendente, sendo propiciada pela política de saúde descentralizadora vigente no país. A tendência ao crescimento dessa incorporação está estreitamente ligada, a meu ver, ao papel que a cidadania poderá representar na descentralização das políticas públicas nos próximos anos.

Notas

- ¹ Tem início nesse momento uma fase de mobilização e organização popular em torno da questão da saúde que não parou de crescer na década de 90 e que tem servido como uma das alavancas principais à política municipalizante do SUS.
- ² Deve ser assinalado que o Brasil se tornou, na última década, uma das dez primeiras economias em volume e dinamismo, o que o situa muito longe de economias esgotadas ou em escombros, como as da Rússia e Leste Europeu, ou esquálidas como as da África.

- 3 Esse empobrecimento e seu ritmo têm sido tema dominante de discussões de organismos internacionais, de livros e artigos de cientistas sociais e economistas, de organizações não-governamentais, da grande imprensa diária e hebdomadária, não importando sua tendência de opinião. Tornou-se um impasse para o avanço do capitalismo no longo prazo, definindo-se aqui a expressão “longo prazo” como poucas décadas.
- 4 Outro sentido do termo *neoliberal* refere-se às políticas públicas da fase pós-fordista no capitalismo internacional, com o advento das políticas sociais “tatcherianas”.
- 5 Ver, a este propósito, a matéria “Deficit atinge 55,53% das prefeituras”, da *Folha de São Paulo*, de 31/01/2000, onde se assinala, com base em levantamento feito pelo IBAM e dados do Banco Central, o endividamento de mais de 50% das prefeituras brasileiras, acentuando o papel da descentralização e da “financeirização” do repasse de verbas aos municípios nesse processo.
- 6 Desde o início dos anos 90, com o Governo Collor, os responsáveis pela política de saúde no país tornaram-se *homens da mídia*, comparecendo sob a luz de refletores de televisões a serviços hospitalares, maternidades, berçários etc. para “dar flagrantes” de mau atendimento em unidades totalmente abandonadas de recursos pelo poder público, onde os profissionais desempenham suas funções como numa frente de batalha. Inútil mencionar a manipulação da opinião pública no sentido de isentar os governos de suas responsabilidades, transformando os profissionais em bodes expiatórios da política de saúde. Não pode, por esse motivo, deixar de mencionar que, nos anos 90, o Estado tratou sua força de trabalho na área de saúde — ou *recursos humanos em saúde*, para empregar o jargão institucional — de forma predatória, pela defasagem crescente de salários, pela quase inexistência de recursos para atender ao crescimento da demanda por atenção médica, ou ao menos para repor o contingente de profissionais, em função de mortes e aposentadorias, e pela exigência de uma crescente “produtividade” desacompanhada de condições mínimas de trabalho adequadas para o desempenho de suas funções. O reflexo dessa situação na saúde dos profissionais tem sido dramático, sobretudo entre os médicos (mas também em enfermeiros e auxiliares de enfermagem), como atestam dados recentes sobre morbidade em profissionais de saúde.
- 7 A representação, entre indivíduos das classes trabalhadoras ou assalariados em geral, da saúde como capacidade ou incapacidade de trabalhar — em outras palavras, como *força* de trabalho — continua dominante, mas outras, como “disposição” (no sentido de motivação para as atividades cotidianas), “alegria”, “ausência de dor” são também freqüentes.
- 8 Este processo vem sendo expresso em inglês pelo termo “*medical commodification*”, designando a absorção da medicina pela economia de mercado.
- 9 O comedimento da sociedade burguesa não deve ser visto como sinônimo da “prudência” grega, aristotélica, ou do “caminho do meio” da doutrina *zen* chinesa. O comedimento é, em nossa cultura, uma tentativa de controlar o medo do desvio dos indivíduos *pelo excesso*, e a perda conseqüente de limites que põe em perigo a ordem. Medo que ronda sociedades excessivamente normalizadas e disciplinadas como a nossa... É necessário assinalar que o comedimento é um processo educativo que se inicia em nossa cultura no século XVII, com a disciplina dos sentidos e das paixões.
- 10 Uma versão em inglês dessa concepção é o termo *fitness*, tão em voga nas revistas de moda e saúde, e nas academias de atividades físicas.

- 11 O padrão de beleza das academias é bastante indiferenciado em termos de gênero, a ponto de levar o escritor Tom Wolfe a referir-se, em entrevista a *Revista Veja*, em 1998, às mulheres praticantes de exercícios físicos dessas academias como “rapazes de seios”.
- 12 Esta é uma forma médica de evitar os “excessos” nos exercícios que podem levar a tendinites, estiramentos musculares, deslocamentos ou luxações de vértebras, ou, pior ainda, a enfartes ou derrames nessas faixas etárias.
- 13 No Brasil existe uma gíria para designar atualmente esses corpos: “sarados”, que originalmente tanto pode representar “curados”, “sadios”.
- 14 Uma grande parte da população de idosos, aposentados, e mesmo de homens e mulheres trabalhadores que formam a clientela dos serviços públicos de atendimento médico é considerada dependente de fármacos.
- 15 Uma representação freqüente e tradicional de tratamento e cura em classes populares é alívio da dor, eliminação ou diminuição do sofrimento do doente, sendo este representado como um sofredor (um sofre-dor).
- 16 É impressionante a criação de eventos ou de oportunidades para reuniões de confraternização, excursões, passeios ou festas que os grupos de atividades de saúde, independentemente de seu modelo ou paradigma, propiciam. É uma forma de inserção no grupo mas é ao mesmo tempo um modo de sociabilidade próprio dessas atividades. Na entrada de tradicional academia de dança pode ser lido: "Aprenda a dançar e faça novos amigos".
- 17 Um médico, chefe de serviços de atendimento no interior de Minas Gerais, que realizou estágio na pesquisa “Racionalidades Médicas”, conduziu um *survey* durante um ano sobre as filas de espera de atendimento em sua cidade, Juiz de Fora. Descobriu, através de observação participante e de entrevistas, que as filas representavam um *locus* de sociabilidade para os pacientes (e não-pacientes) que ali esperavam, muitas vezes fugindo do isolamento de suas casas. Houve grande movimentação do público contrária ao fim das filas devido à racionalização do horário das consultas.

Referências

CANEVACCI, M. *Sincretismos – uma exploração das hibridações culturais*. São Paulo: Studio Nobel, 1996.

CASANOVA, P. G. Globalidade, neoliberalismo e democracia. In: FERREIRA, L. C. (Org.). *A sociologia no horizonte do século XXI*. São Paulo: Boitempo Editorial, 1997.

- CASTEL, R. *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris: Fayard, 1995.
- KURZ, R. *Os últimos combates*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- LESSA, C., TAVARES, L. DAIN, S. Pobreza e política social – exclusão social nos anos 90: *Revista Praga – Estudos Marxistas*. São Paulo, n. 3, p. 63-87, 1997.
- LUZ, M. T. *Comparação de representações de corpo, saúde, doença e tratamento em pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998 (Série *Estudos em Saúde Coletiva*, 167).
- _____. Cultura contemporânea y medicinas alternativas: nuevos paradigmas en salud al final del siglo XX. In: BRONFMAN, M. N., CASTRO, R. *Salud, cambio social y política – Perspectivas desde América Latina*. México: EDAMEX/INSP, 1999. p. 363-382.
- _____. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 293-312, 2000.
- _____. T. La Salud en forma y las formas de la salud: superando paradigmas y racionalidades. In: BRICEÑO-LEON, MINAYO .M. C, COIMBRA Jr., J. C. (Orgs.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, LACSO, I.F.S.H., 2000. p.25-52.
- _____. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- NOGUEIRA, R.P. *A saúde pelo avesso – uma reinterpretação de Ivan Illich*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro, 1998.
- RAMONET, I. *Geopolítica do caos*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- SFEZ, L. *La santé parfaite*. Paris: Seuil, 1995.

Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos¹

RUBEN ARAUJO DE MATTOS

Introdução

O que é integralidade? Poderíamos dizer, numa primeira aproximação, que é uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988. De fato, o texto constitucional não utiliza a expressão integralidade; ele fala em “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, art. 198). Mas o termo *integralidade* tem sido utilizado correntemente para designar exatamente essa diretriz.

A Constituição de 88, que se tornou conhecida como a Constituição Cidadã, tem como uma de suas marcas o reconhecimento de muitos direitos de cidadania. A saúde, por exemplo, é reconhecida como direito de todos e um dever do Estado. De acordo com o texto constitucional, deveria caber ao Estado a tarefa de garantir a saúde para todos, através de políticas sociais e econômicas voltadas tanto para a “redução do risco de doença e de outros agravos”, quanto “ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. É nessa segunda perspectiva que a Constituição reconhece a relevância pública das ações e serviços de saúde, e delinea um sistema único (o SUS), integrado pelas ações e serviços públicos de saúde, mas do qual também podem participar, em caráter complementar, instituições privadas. O que caracteriza esse Sistema Único de Saúde (que de modo algum é o único sistema de saúde no Brasil) é seu financiamento público. Esse sistema único de saúde estaria organizado em torno de três diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral; e a participação da comunidade.

Esse arcabouço não refletia as posições que à época ganhavam destaque no debate internacional sobre como deveriam ser as políticas de saúde, sobretudo nos países em desenvolvimento. Pelo contrário, após quase uma década de propostas de ajustes estruturais, de avanço das idéias neoliberais, o debate internacional parecia sugerir fortemente a redução da presença governamental, tanto na economia como em algumas questões sociais. Postura que ao final da década de 80 chegava às propostas de redução da participação do Estado na saúde, revertendo as expectativas suscitadas pela conferência de Alma-Ata. Assim, em 1987, o Banco Mundial publicava um texto provocativo, no qual afirmava categoricamente que

“a abordagem mais comum para os cuidados de saúde nos países em desenvolvimento tem sido tratá-lo como um direito do cidadão e tentar prover serviços gratuitos para todos. Essa abordagem geralmente não funciona” (WORLD BANK, 1987, p. 3).

É, pois, evidente o contraste entre a posição brasileira e a posição defendida, por exemplo, pelo Banco Mundial. Mas não deixa de ser interessante registrar que, embora concebidas com perspectivas contraditórias, a proposta universalista expressa na Constituição brasileira e algumas propostas mais restritivas (como as defendidas pelo Banco Mundial nos anos 90) partilham de algumas diretrizes comuns: a defesa da descentralização e da participação popular. Isso nos leva a pensar que muitas das suas diferenças girem em torno da adesão ou não ao princípio da integralidade. Exatamente por essa hipótese é que talvez seja oportuno refletir sobre os sentidos atribuídos à integralidade, com vistas a identificar as marcas específicas das políticas e das práticas que relacionamos à integralidade. E, desta forma, contribuir para o debate sobre a existência de uma certa especificidade na reforma sanitária brasileira e no projeto societário que a move.

Mas o texto constitucional não é senão um marco num processo mais amplo de lutas políticas travadas na arena nacional, pelo menos desde a década de 70. A concepção de saúde como direito de todos no Brasil não é simplesmente uma abordagem tradicional, como parece insinuar aquele trecho do Banco Mundial. Ela, assim como o arcabouço institucional do SUS, deriva das reivindicações postas pelo movimento sanitário desde a década de 70, quando, no contexto da luta pela redemocratização do país e da construção de uma sociedade mais justa, um conjunto expressivo de intelectuais e militantes se engajou no esforço de construir uma crítica ao

então sistema nacional de saúde, às instituições de saúde e às práticas de saúde então hegemônicas. Crítica que alimentou o sonho de uma transformação radical da concepção de saúde predominante, do sistema de serviços e ações de saúde e de suas práticas. Na tentativa de realizar esse sonho foram forjados os princípios e diretrizes que mais tarde seriam acolhidos no texto da Constituição.

Voltando à pergunta inicial, diríamos que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é 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 (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.

Ainda não respondemos à pergunta inicial. O que fizemos foi tão-somente explicitar um dos contextos de uso da expressão, que é exatamente aquele que nos interessa neste trabalho.

Colocar a integralidade como parte de uma “imagem-objetivo” que nos moveu e nos move tem uma série de implicações para este trabalho. A noção de “imagem-objetivo” tem sido usada na área de planejamento para designar uma certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na arena política consideram desejável. Diferencia-se de uma utopia pelo fato de que os atores que a sustentam julgam que tal configuração pode ser tornada real num horizonte temporal definido.

Enuncia-se uma imagem-objetivo com o propósito principal de distinguir o que se almeja construir, do que existe. Toda imagem-objetivo tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade. De certo modo, uma imagem objetivo (pelo menos as imagens-objetivo construídas nas lutas por transformações sociais) parte de um pensamento crítico, um pensamento que se recusa a reduzir a realidade ao que “existe”, que se indigna com algumas características do que existe e almeja superá-las. Os enunciados de uma imagem-objetivo sintetizam nosso movimento. Ao enunciar aquilo que, segundo nossa aspiração, existirá, a imagem-objetivo também fala, embora sinteticamente, daquilo que criticamos no que existe, e que nos levou a sonhar com uma outra realidade.

Mas a imagem-objetivo nunca é detalhada. Ela não se confunde com um projeto altamente específico, que indica as nuances que a configuração futura sonhada terá. Ao contrário, ela sempre é expressa através de enunciados gerais. Por exemplo, voltando para a imagem-objetivo que moveu o

movimento sanitário, ela propõe a descentralização, sem se preocupar em detalhar se ela assumiria a forma de uma municipalização radical, ou se chegaria ao nível dos serviços; ela fala em participação popular, sem especificar as formas pela qual tal participação se constituiria. As imagens-objetivo funcionam como tal exatamente por abarcarem várias leituras distintas, vários sentidos diversos. Exatamente por isso ela pode, num certo momento, aglutinar em torno dela atores políticos que comungam de indignações semelhantes, mesmo que tenham projetos específicos distintos.

Dito de outra forma, toda imagem-objetivo é polissêmica, ou seja, tem vários sentidos. Sentidos correlatos, sem dúvida, posto que forjados num mesmo contexto de luta e articulados entre si. Mas sentidos distintos, que permitem que vários atores, cada qual com suas indignações e críticas ao que existe, comunguem nessas críticas e, pelo menos por um instante, pareçam comungar os mesmos ideais. Mais importante do que isso, uma imagem-objetivo não diz de uma vez por todas como a realidade deve ser. Ela traz consigo um grande número de possibilidades de realidades futuras, a serem criadas através de nossas lutas, que têm em comum a superação daqueles aspectos que se criticam na realidade atual (que almejamos transformar).

Integralidade, no contexto da luta do movimento sanitário, parece ser assim: uma noção amálgama, prenhe de sentidos. Nessa perspectiva, aquela pergunta inicial – o que é integralidade? – talvez não deva ter resposta unívoca. Talvez não devamos buscar definir de uma vez por todas a integralidade, posto que desse modo poderíamos abortar alguns dos sentidos do termo e, com eles, silenciar algumas das indignações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa.

Mas deve-se dizer de imediato que a luta pela construção de um sistema de saúde justo e que concretize o ideário expresso no texto constitucional não se encerrou. Certamente temos caminhado muito ao longo desses pouco mais de dez anos que nos separam da sua promulgação. O SUS hoje é uma realidade. O acesso aos serviços e ações de saúde ampliou-se muito quando comparamos à década de 70. Construiu-se um arcabouço institucional para dar conta da diretriz da participação popular, com a criação de conselhos e conferências de saúde, e a descentralização também tem avançado, embora gradualmente. Em geral, o processo político em saúde envolve hoje um conjunto de atores muito mais amplo do que outrora. E, mais recentemente, têm sido implementadas propostas que visam diretamente a modificar o

modo de organização dos serviços e das práticas assistenciais. Não há dúvidas de que caminhamos muito na direção que sonhávamos, mas 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 por 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. A luta, portanto, continua e é travada cotidianamente no interior dos serviços de saúde, nas reuniões de técnicos e gestores do SUS nos seus diversos níveis, nas novas arenas de negociação e pactuação entre gestores e nos debates nas instâncias que contam com a participação popular.

Queremos neste trabalho refletir sobre a noção de integralidade, ou melhor, sobre as noções de integralidade no contexto do debate sobre os rumos do SUS. Mas, se os ideais que perseguimos desde os anos 70 parecem ser os mesmos ainda hoje (pelo menos continuamos a usar as mesmas bandeiras de luta), o lugar no qual debatemos é bastante distinto. As noções de integralidade, assim como os demais princípios e diretrizes do SUS, foram forjadas num lugar de oposição, a partir de uma crítica radical às práticas, às instituições e à organização do sistema de saúde. Entretanto, os que defendem o SUS hoje o fazem de um lugar híbrido de situação / oposição. Como defensores do SUS, são por vezes instados a defendê-lo frente a ataques críticos, ao mesmo tempo em que têm o compromisso de seguir criticando as imperfeições do SUS para superá-las. Difícil tarefa para nossa cultura, na qual nos habituamos a criticar os adversários mais do que os aliados ou a nós mesmos.

É compreensível que, desde esse lugar híbrido, a força da crítica e da indignação com aspectos do que existe, que subjazem nos princípios orientadores do SUS, tende a perder sua intensidade, ou sua centralidade. E que pode esvaziar os significados desses mesmos princípios. Uma das formas desse esvaziamento é exatamente a banalização do uso, ou seja, o uso de uma expressão de tal modo que todos a defendam, mas o façam sem saber exatamente o que defendem. Desse modo, as noções deixam de ser capazes de diferenciar aspectos e valores presentes em diferentes configurações do sistema, das instituições ou das práticas nos serviços de saúde, perdendo, assim, sua utilidade na luta política.

Caberia pois perguntar: integralidade segue sendo uma noção, ou um conjunto de noções úteis para discriminar 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 aquilo que é criticável no sistema e nas práticas de saúde que existem hoje?

Uma resposta afirmativa a essas questões é a “hipótese” deste trabalho. Hipótese entre aspas, porque não se pretende aqui demonstrá-la de uma vez por todas. O que se fará é argumentar em sua defesa. E buscaremos os argumentos numa análise dos vários sentidos da integralidade. Sem a preocupação de fazer uma história do conceito, como um Bachelard ou um Canguilhem recomendariam, procuraremos identificar alguns dos diversos matizes que compuseram essa “imagem-objetivo”, procurando reconhecer o que implicitamente cada um deles criticava na realidade, e em que sentido tentavam superar as mazelas que viam. Trata-se, pois, de uma reflexão sobre os sentidos da integralidade.

Essa reflexão não toma como ponto de partida uma definição do que é integralidade. Ao contrário, toma como ponto de partida alguns dos usos do termo e, portanto, dos sentidos do termo. Analisando o contexto desses usos, procura-se aqui reconstruir a crítica que a eles subjaz, para refletir sobre a atualidade e a pertinência dessa crítica.

Este trabalho se aproxima mais de um *positional paper* do que um trabalho tipicamente acadêmico. Não se procedeu a um inventário completo dos usos do termo *integralidade*; tomei a liberdade de abordar os usos que me parecem ser os mais relevantes na construção do amálgama da integralidade. Em não tendo feito tal inventário, não temos plena consciência dos vieses dessa escolha. De mesmo modo, a reflexão que se faz aqui tem forte marca pessoal. Portanto, o texto é, antes de qualquer coisa, um convite para que o leitor se engaje, com sua crítica, no processo de construção coletiva de uma reflexão acerca dos potenciais e limites da noção de integralidade no contexto da construção de políticas, sistemas e práticas de saúde mais justas.

Da medicina integral à prática da integralidade: integralidade como um traço da boa medicina

Um primeiro sentido de integralidade relaciona-se com um movimento que ficou conhecido como medicina integral. Suas origens remontam às discussões sobre o ensino médico nos Estados Unidos. Em linhas gerais, a medicina integral criticava o fato de os médicos adotarem diante de seus

pacientes uma atitude cada vez mais fragmentária. Inseridos num sistema que privilegiava as especialidades médicas, construídas em torno de diversos aparelhos ou sistemas anátomo-fisiológicos, os médicos tendiam a recortar analiticamente seus pacientes, atentando tão-somente para os aspectos ligados ao funcionamento do sistema ou aparelho no qual se especializaram. Isso significava ao mesmo tempo a impossibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes de seus pacientes. Além de fragmentária, aquela atitude freqüentemente adotada por médicos era vista como reducionista, pois o conhecimento médico nas diversas especialidades ressaltava as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais.

A indignação diante da atitude freqüentemente reducionista e fragmentária dos médicos não levava os adeptos da medicina integral a antagonizar a medicina. Eles concebiam tais atitudes como sendo produzidas nas escolas médicas, através de um currículo que privilegiava o laboratório e o hospital como *locus* privilegiado de aprendizagem. A crítica da medicina integral se voltava, portanto, para os currículos de base flexneriana. Tais currículos eram dicotômicos: tinham um ciclo chamado de básico, voltado para o aprendizado do conhecimento das chamadas ciências básicas, feito predominantemente no laboratório, e no qual também se aprendia uma certa noção de ciência; e um ciclo profissional, voltado para o aprendizado da clínica, no qual se aprendia também um certo modo de lidar com os pacientes.

A crítica da medicina integral a esse arranjo curricular levou-a a propor reformas curriculares. A idéia era criar novos currículos, 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. As propostas de reforma curricular da medicina integral tomaram dois eixos básicos. De um lado, tratava-se de modificar radicalmente a acepção do que era básico, quer pela introdução de outros conhecimentos relativos ao adoecimento e à relação médico paciente, bem como relativos à sociedade e aos contextos culturais, quer pela valorização da integração desses conhecimentos básicos na prática médica. De outro, tratava-se de enfatizar o ensino nos ambulatorios e nas comunidades, lugares que, ao contrário das enfermarias, permitem mais facilmente o exercício de apreensão do contexto de vida dos pacientes. E lugares que, quando comparados a um hospital de clínicas, talvez sejam menos plasmados pelos recortes das especialidades.

Portanto, para a medicina integral, integralidade teria a ver com uma

atitude dos médicos que seria desejável, que se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa desse paciente. Atitude essa que deveria ser “produzida” nas escolas médicas. Relacionava-se, deste modo, com a boa medicina, ou melhor, com a boa prática médica.

Mas a medicina integral no Brasil ganhou traços peculiares, relacionados em parte a suas inserções institucionais. Aqui, o movimento de medicina integral não se consolidou como um movimento institucionalmente organizado², mas associou-se num primeiro momento à medicina preventiva, *locus* privilegiado da resistência ao regime militar e um dos berços do que seria posteriormente chamado de movimento sanitário. Podemos facilmente reconhecer traços da discussão típica da medicina integral em algumas reformas curriculares de escolas médicas nos anos 70 e 80, assim como no desenvolvimento de experiências como internatos rurais. Também podemos reconhecer as marcas deixadas pela medicina integral em alguns programas de medicina preventiva dos anos 80, nos quais os residentes se engajavam em práticas assistenciais.

Mas essa proximidade com os departamentos de Medicina Preventiva também propiciou uma renovação teórica. Nos anos 70 estava nascendo no Brasil a Saúde Coletiva, campo de conhecimento que se construía a partir de uma crítica à saúde pública tradicional, à medicina preventiva tal como proposta nos Estados Unidos, e a partir das contribuições do movimento de medicina social. Uma das premissas básicas da saúde coletiva era a de considerar as práticas em saúde como práticas sociais e, como tal, analisá-las. Ao fazê-lo, a saúde coletiva foi reconfigurando o eixo de interpretação típico da medicina integral: os comportamentos dos médicos (e suas atitudes fragmentárias e reducionistas) não deveriam ser atribuídos exclusivamente às escolas médicas. Quer através de uma matriz de base no pensamento marxista, que ressaltava as mudanças nas relações de trabalho – a crise de uma medicina tipicamente liberal e o crescente assalariamento dos médicos –, quer através de uma leitura das articulações entre Estado, serviços de saúde e indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos – cristalizada na noção de complexo médico-industrial –, o peso atribuído às escolas médicas na produção daquela fragmentação e naquela postura reducionista foi sendo relativamente minimizado. Em conseqüência, para bem ou para mal, a transformação da escola médica deixou de ser uma estratégia privilegiada de transformação no movimento sanitário.

Por outro lado, ainda quando a Saúde Coletiva dava seus primeiros pas-

sos, desenvolveu-se um corpo de conhecimentos particularmente crítico às instituições médicas e às práticas médicas. Autores como Foucault e Illich, críticos mordazes da medicina, e a ampla circulação dos trabalhos de Canguilhem, permitiram formular críticas à medicalização da sociedade e ofereceram subsídios para uma crítica ao saber médico e à 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 se produzir 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 se reproduz na escola médica.

Essa leitura, entretanto, não foi homogênea; ela, ao contrário, produziu posições polares. De um lado, alguns julgavam ser a medicina ocidental moderna essencialmente não-integral. Estes transitaram ora pela tentativa de subordinar os médicos a uma racionalidade sanitária (ou epidemiológica), ora pela defesa do reconhecimento e incorporação de racionalidades médicas alternativas, supostamente mais amistosas à integralidade. De outro lado estavam os que, mesmo partilhando daquela crítica ao saber e práticas médicas, apostavam na desconstrução interna, feita de dentro das instituições médicas. Estes continuavam a perseguir o ideal da medicina integral, a defender as mudanças curriculares. É claro que entre essas posições polares existiam muitas posições híbridas.

É interessante notar que, como resultante dessas posições polares, foi sendo construído um certo afastamento da Saúde Coletiva dos temas relativos à prática médica propriamente dita e, portanto, uma redução relativa da importância da noção de integralidade como uma atitude médica desejável, ou como característica da boa medicina. Isso se deu não tanto por rejeitar os valores intrínsecos, mas por incluir certos graus de ceticismo nas possibilidades de produzir socialmente tais atitudes no contexto das instituições médicas. A transformação das políticas, dos serviços e das práticas de saúde parecia passar por outras coisas além da boa medicina.

Como ícone desse afastamento, podemos recordar os intensos (e densos) debates ocorridos na residência em medicina preventiva nos anos 80. Primeiramente, ainda na primeira metade dos anos 80, o caloroso debate que resultou numa mais clara diferenciação entre as residências de medicina geral e comunitária (mais diretamente voltadas para o desenvolvimento de uma forma de praticar a medicina alternativa à prática fragmentária e

reducionista tradicional), das residências de medicina preventiva, estas abrigadas no âmbito da saúde coletiva, e cada vez mais sanitárias. Em segundo lugar, o debate, também caloroso, agora no âmbito interno das residências de medicina preventiva, acerca da importância da prática médica, ou melhor, do atendimento médico na formação dos residentes. Nesse aspecto, consolidou-se uma tendência de abolir o atendimento médico da formação em medicina preventiva. As residências pareciam se tornar cada vez mais residências em saúde pública, ou em saúde coletiva, e cada vez menos em medicina.

Quanto ao último aspecto, cabe registrar algumas resistências, como a exercida pela residência da USP, que ousou caminhar num sentido diverso do da maioria dos programas de residência em medicina social, ao defender a importância de treinar e refletir sobre a boa prática médica. Mas aqui a integralidade já não era vista como uma atitude a ser desenvolvida exclusivamente na escola, mas algo que se produz na organização do processo de trabalho em saúde. Voltaremos a esse aspecto mais adiante.

O que importa destacar por ora é a tendência geral de afastamento da saúde coletiva da medicina, e da discussão acerca dos atributos da boa prática médica, contexto no qual emergiu o primeiro sentido de integralidade que destacamos neste trabalho.

Mas isso não deve obscurecer a força desse sentido. A postura médica que se recusa a reconhecer que todo o paciente que busca seu auxílio é bem mais do que um aparelho ou sistema biológico com lesões ou disfunções, e que se nega a fazer qualquer coisa a mais além de tentar, com os recursos tecnológicos disponíveis, silenciar o sofrimento supostamente provocado por aquela lesão ou disfunção, é absolutamente inaceitável. Nesse sentido, 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.

Mas podemos aprofundar um pouco mais nossa reflexão sobre esse sentido de integralidade. Olhando *a posteriori*, podemos reconhecer marcas deixadas por essa *démarche* da medicina integral em vários sentidos de integralidade sutilmente distintos, sentidos que podem hoje ser revisitados de outra forma, a partir dos conhecimentos de que hoje dispomos.

Começemos pelo aspecto mais biomédico. Não podemos aceitar que um médico responda apenas ao sofrimento manifesto do paciente. É fato que as pessoas em geral procuram médicos e profissionais de saúde por apresentarem um sofrimento. A razão da medicina, da qual extrai sua legitimidade

social, é a capacidade de responder ao sofrimento humano. A biomedicina, na forma como se estruturou em nossa cultura, se ocupa dos sofrimentos atribuíveis às doenças. Ela desenvolveu um amplo conjunto de conhecimentos e técnicas voltados para reconhecer as doenças que produzem sofrimentos, e um conjunto de conhecimentos sobre as formas de enfrentar tais doenças. Mas o conhecimento da doença, em alguns casos, permitiu que a medicina se antecipasse ao sofrimento e, até mesmo, à doença. Surgiram muitas técnicas capazes de reconhecer a doença antes que a mesma produza o sofrimento, e de reconhecer alguns fatores de risco que aumentam a probabilidade de adoecimento. A aplicação de tais técnicas, chamadas usualmente de técnicas de diagnóstico precoce, e das medidas que podem reduzir os riscos de adoecimento não é demandada pela experiência individualizada do sofrimento. A atitude do médico, que, diante de um encontro com o paciente, motivado por algum sofrimento, aproveita para apreciar fatores de riscos de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto daquele paciente, e/ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento, ilustra um dos sentidos de integralidade.

Note-se que nesse sentido específico se articula prevenção com assistência, mas não à moda história natural da doença, modelo adotado pela velha medicina preventiva, que tentava suprimir a distinção entre prevenção e assistência pelo simples enunciado de que tudo é prevenção. Ao contrário, aqui se reconhece uma distinção fundamental na experiência do sujeito que se relaciona com o serviço de saúde: as atividades preventivas, posto que não derivadas diretamente da experiência individual de sofrimento, são profundamente distintas das experiências assistenciais, estas diretamente demandadas pelo usuário.

Exatamente porque não demandadas pelo paciente, as práticas de diagnóstico precoce e demais práticas de prevenção devem ser exercidas com enorme prudência. Elas tipificam o processo de medicalização, pois o profissional deve sempre ter boas razões para aplicá-las. O termo *medicalização* é utilizado aqui para indicar um processo social através do qual a medicina foi tomando para si a responsabilidade sobre um crescente número de aspectos da vida social. Nesse sentido, a medicina preventiva é altamente medicalizante, pois estende as possibilidades de aplicar com certa eficácia técnica os conhecimentos sobre a doença, para regular aspectos da vida social. Através dela, a medicina não só trata doentes; ela recomenda hábitos e comportamentos. Ela invade a vida privada para sugerir modos de vida mais saudáveis, ou seja, supostamente mais capazes de impedir o adoecimento.

Reconhecer que as ações preventivas diferem radicalmente das assistenciais, posto que não são demandadas pelos usuários (pelo menos não antes que um amplo processo de medicalização inculque a necessidade de ações e serviços de saúde na população), implica que não basta simplesmente defender a utilização de tecnologias de diagnóstico precoce ou incentivar comportamentos supostamente mais saudáveis de modo articulado com as ações assistenciais. Há que se diferenciar um uso dessas formas de intervenções preventivas que simplesmente expande o consumo de bens e serviços de saúde ou integra os dispositivos de sustentação da ordem social (através da regulação dos corpos) do uso judicioso e prudente dessas mesmas técnicas de prevenção, feito na perspectiva de assegurar o direito dos beneficiários à saúde. Integralidade e prudência andam, pois, juntas.

Note-se que, nesse sentido, integralidade é uma característica da boa prática da biomedicina, ou seja, da medicina que tem como objeto privilegiado de conhecimento e como eixo de suas intervenções a doença. Defender a integralidade aqui não implica deixar de lado todo o caudal de conhecimentos sobre as doenças que tem permitido tanto à medicina como à saúde pública alguns significativos sucessos. O que significa, isso sim, é um uso prudente desse conhecimento sobre a doença, mas sobretudo um uso guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos de que tratamos.

A atitude de um médico que, diante de um paciente, busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas relacionadas a uma experiência de sofrimento, as necessidades de ações de saúde como as relacionadas ao diagnóstico precoce ou à redução de fatores de risco, ilustra um sentido da integralidade profundamente ligado aos ideais da medicina integral. Sentido que pode ser facilmente estendido para além das técnicas de prevenção. A abertura dos médicos para outras necessidades que não as diretamente ligadas à doença presente ou que pode vir a se apresentar – como a simples necessidade da conversa – também ilustra a integralidade. Podemos facilmente reconhecer que as necessidades dos que buscam serviços de saúde não se reduzem à perspectiva de abolir o sofrimento gerado por uma doença, ou à perspectiva de evitar tal sofrimento. Buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta seria, assim, a marca maior desse sentido de integralidade.

Contudo, na forma como concebidos originalmente pela medicina preventiva, esses sentidos específicos incidem sobre o exercício da medicina, ou melhor, sobre o encontro do médico com seu paciente. Mas deriva daí um limite para a medicina integral, que de fato, analogamente à psicologia médica,

dá ênfase à prática médica e ao encontro com o paciente, deixando de abordar com a mesma intensidade o concurso de outros profissionais e de outras formas de encontro com os usuários do serviço de saúde. Com efeito, a mesma preocupação prudente com o uso das técnicas de prevenção e com a identificação mais abrangente das necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde deve ser defendida para o conjunto de profissionais dos serviços de saúde. E o encontro entre médico e paciente é tão-somente um dos lugares nos quais tal preocupação pode se realizar.

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.

Seria integralidade uma atitude de certos profissionais, ou uma marca das práticas desses profissionais? A noção de atitude pode trazer consigo, por um lado, uma idéia individualista, pois as atitudes seriam atributos de indivíduos. O desenvolvimento de atitudes se faria através de processos que também incidem sobre indivíduos. Mas nesse modo de pensar sobra pouco espaço para a organização do trabalho de uma equipe, de modo a garantir a integralidade, como os dois últimos exemplos sugerem. Com efeito, se é verdade que a postura dos profissionais é fundamental para a integralidade, em muitas situações a integralidade só se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho.

Assim, retomando um exemplo citado há pouco, a equipe de um pronto-socorro pode se organizar de modo a ter alguém pronto a oferecer uma informação para os acompanhantes que trouxeram pacientes para o atendimento. Do mesmo modo, a equipe de uma enfermaria de crianças, compreendendo que as crianças têm a necessidade de brincar, pode organizar seu processo de trabalho de modo que as atividades recreativas tenham grande espaço, fazendo com que a enfermaria se assemelhe a uma creche com

cuidados diferenciados. Há nisso também algo da visão mais abrangente da percepção das necessidades que configuram a integralidade.

Nesse sentido, talvez fosse mais útil falar da integralidade como uma dimensão das práticas. Quando a configuração dessas práticas assume a forma de um encontro entre o profissional (médico, enfermeiro, psicólogo ou agente de saúde) com um usuário, caberá quase que exclusivamente a esse profissional (e, portanto, a suas posturas) a realização da integralidade. Mas, mesmo nesses casos limites, há que se reconhecer que a maneira como as práticas estão socialmente configuradas pode propiciar ou dificultar a realização da integralidade. Por exemplo, as cobranças de produtividade podem, tanto no caso de consultas médicas ou no caso das visitas domiciliares de um agente comunitário (para citar dois exemplos entre tantos possíveis), impedir que se preste um atendimento integral.

Discutimos até agora um conjunto de sentidos da integralidade que incidem sobre as práticas dos profissionais de saúde. Eles têm em comum a preocupação de discernir de modo abrangente as necessidades dos usuários desses serviços, buscando, de um lado, gerar e aproveitar as oportunidades de aplicação das técnicas de prevenção e, de outro, levar em conta as necessidades que não se reduzem à prevenção e ao controle das doenças. Diga-se de passagem, a integralidade assim concebida é um valor que merece ser defendido em relação a todas as práticas de saúde, e não apenas em relação às práticas de saúde do SUS.

Mas ao discutir tais sentidos ligados às práticas dos profissionais, convergimos para um outro conjunto de sentidos da integralidade, ligados à organização do trabalho nos serviços de saúde.

Dos programas verticais aos programas integrais: a integralidade como modo de organizar as práticas

Um segundo conjunto de sentidos da integralidade que gostaríamos de destacar se relaciona mais diretamente com a organização dos serviços e das práticas de saúde. 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 ação³, 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. Assim, os técnicos da Previdência deveriam processar a demanda por atendimento médico, buscando viabilizar seu atendimento. Já os técnicos do Ministério da Saúde deveriam identificar as necessidades mais típicas da saúde pública, não diretamente demandadas pela população, e organizar propostas de intervenção. Estas, seguindo uma tradição secular, eram pensadas de modo centralizado: isto é, os técnicos do Ministério da Saúde definiam as estratégias de enfrentamento de um problema de saúde pública e elaboravam normas sobre as atividades que deveriam ser empreendidas. Tais atividades eram executadas em serviços de saúde pública, e não no conjunto de serviços públicos de saúde.

Essa estrutura dicotomizada do sistema de saúde foi criticada em pelo menos duas perspectivas. A primeira resultava da impressão de que a prioridade da política de saúde vigente era a assistência médica da Previdência, em detrimento da saúde pública. Impressão, aliás, superficial. Melhor seria afirmar que, até a criação do SNS, não havia uma política de saúde na qual pudessem ser colocadas lado a lado a saúde pública e a assistência médica. A saúde pública disputava seus recursos com todas as demais áreas de intervenção estatal, sendo sua prioridade evidentemente pequena. A assistência médica tampouco era a prioridade no âmbito da política trabalhista ou previdenciária na qual se inseria, embora tivesse maior magnitude se comparada à saúde pública. O resultado dessa tal dicotomia era que a assistência médica e a saúde pública eram pensadas independentemente. A crítica ao SNS era que, mesmo se criando um local para a formulação de uma política de saúde que pudesse articular a assistência e saúde pública⁴, consolidava-se a distinção entre a política de saúde pública e a da assistência médica. Assim surgiu a bandeira de luta pela unificação, construída formalmente na criação do SUS, e consolidada pela incorporação (e posterior extinção) do INAMPS pelo Ministério da Saúde.

Mas o arranjo institucional dicotomizado tinha conseqüências sobre a organização e as práticas dos serviços de saúde, que deu origem à segunda perspectiva de crítica. Tornou-se senso comum indicar que o arranjo dos serviços de saúde estava centrado nos hospitais. Aliás, é ainda corrente o uso do adjetivo “hospitalocêntrico” para designar um dos traços do modelo

assistencial predominante. Contudo, se é verdade que a assistência médica previdenciária estava centrada nos hospitais, também era verdade que havia uma marcante distinção entre serviços de saúde pública e serviços assistenciais. E a saúde pública estava centrada principalmente nos centros de saúde, modelo de unidade existente entre nós desde a segunda década do século passado. A população precisava dirigir-se a unidades diferentes conforme suas necessidades dissessem respeito à assistência médica ou às práticas da saúde pública. Na maioria dos centros de saúde, por exemplo, os atendimentos prestados eram relativos a ações tipicamente preventivas, como a imunização, ou às ações de alguns dos programas verticais do ministério, como o da tuberculose ou o da hanseníase. Esses programas verticais existiam nas unidades como práticas dissociadas umas das outras.

É nesse contexto que se forja a proposta de um modo de organização voltado para a articulação entre assistência e práticas de saúde pública. O princípio de integralidade, em um dos seus sentidos, corresponde exatamente a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e práticas assistenciais. Articular práticas de saúde pública com assistenciais significava, em primeiro lugar, borrar as distinções então cristalizadas entre serviços de saúde pública e serviços assistenciais. Isso foi feito principalmente pela transformação das antigas unidades de saúde pública. Transformações de duas ordens. A primeira, inerente ainda às práticas dos programas verticais, dizia respeito à superação da fragmentação das atividades no interior da unidade. A introdução de prontuários unificados nessas unidades ilustra esse tipo de mudança. A segunda ordem de transformações consistiu na introdução de práticas assistenciais típicas, de atendimento da demanda espontânea nessas antigas unidades de saúde pública.

Dito de outra forma, o princípio da integralidade aqui se aplica a partir da indignação com certas características das práticas então existentes. Indignação que permanece atual. Não parece admissível, por exemplo, que uma mulher com hanseníase seja acompanhada por um médico que não saiba como está se dando o acompanhamento ginecológico e vice-versa⁵. Como não é admissível que um homem diabético, com tuberculose e hérnia ingüinal tenha que dar entrada em três pontos distintos do sistema de saúde para ter encaminhada a resolução de seus problemas.

Para responder a essas críticas, a noção de integralidade exigia uma certa “horizontalização” dos programas anteriormente verticais. 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.

Ao borrar as diferenças entre serviços de saúde pública e serviços assistenciais, as equipes de saúde se defrontaram com novas questões, como as tensões entre a demanda espontânea por consultas e a criação, pelos serviços de saúde, de uma demanda programada para responder às necessidades não tão claramente sentidas pelos usuários.

Em algumas experiências concretas, a introdução das atividades assistenciais simplesmente deslocou as ações pensadas desde a lógica voltada para a prevenção e para a saúde pública: sob a pressão da demanda por atendimentos médicos (quando não por pronto-atendimentos médicos), pareciam sucumbir os esforços de acompanhamento de gestantes, de crianças, de hipertensos e diabéticos etc... É claro que isso não correspondia ao ideal de integralidade. É interessante notar que, no debate instaurado com vistas a preservar um certo espaço para as ações de saúde pública, nem sempre o princípio da integralidade foi evocado como argumento principal. Um outro argumento teve grande importância: o princípio de que as ações e serviços de saúde deveriam produzir impacto positivo sobre a saúde da população e o reconhecimento de que tal impacto não poderia ser alcançado exclusivamente no plano da assistência médica, por maiores apelos políticos que essa tivesse. Assim surgiram propostas de organizar o trabalho nos serviços de saúde a partir da epidemiologia, entendida como disciplina privilegiada para apreender quais seriam as reais necessidades de saúde da população. Ou seja, a necessidade de articulação entre uma demanda espontânea e uma demanda programada desde o serviço advinha de que tal articulação elevaria a efetividade do serviço em termos epidemiológicos, e não por ser um valor em si.

O que foi sendo forjado nesse processo foi uma outra concepção de programação dos serviços de saúde, horizontalizada, posto que pensada desde o plano de um serviço de saúde que tem certa população-alvo. Programação que consistia em organizar o trabalho nesse serviço, de modo a responder mais adequadamente às necessidades de saúde dessa população, apreendidas epidemiologicamente. As questões postas iam desde as formas de aproveitar as oportunidades geradas pela demanda espontânea para aplicar protocolos de diagnóstico precoce e de identificação de situações de risco para a saúde, até o desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto à comunidade.

Note-se que aqui a integralidade não é mais uma atitude, mas uma marca de um modo de organizar o processo de trabalho, feita de modo a otimizar seu impacto epidemiológico. A equipe no serviço de saúde definia para segmentos da população (geralmente divididos em faixas etárias) quais seriam as atividades programadas, priorizando algumas doenças e agravos freqüentes na população e passíveis de ações preventivas e/ou de controle. As diretrizes programáticas deveriam guiar o trabalho dos diversos profissionais e incidiam sobre a recepção da unidade, o agendamento de atividades, o elenco das atividades realizadas e o protocolo de realização das atividades.

Grandes avanços foram dados à integralidade por essa perspectiva das ações programáticas horizontalizadas. Podemos aprofundar um pouco mais a reflexão sobre os sentidos da integralidade ligados à organização dos serviços e das práticas de saúde, a partir de duas críticas. A primeira incide sobre o peso dado à epidemiologia. E a segunda, sobre o risco da restrição no âmbito dos serviços ofertados.

Não se trata de questionar a validade do princípio de que as ações e serviços de saúde devam ter impactos epidemiológicos positivos. Ao contrário, cabe afirmar tal princípio e ir além disso. Se a melhoria no quadro epidemiológico é um dos objetivos dos serviços de saúde, não é o único. Analogamente, não há dúvidas de que a epidemiologia oferece ótimas ferramentas para uma das percepções das necessidades de serviços de saúde de uma população, mas de modo algum ela oferece a única forma de caracterizar tais necessidades, nem tais necessidades apreendidas epidemiologicamente são mais reais do que, por exemplo, aquelas outras manifestas através da demanda espontânea. Algumas necessidades simplesmente não podem ser apreendidas pela dimensão epidemiológica, e há ações que se justificam independentemente do impacto epidemiológico que porventura produzam. Por sua vez, a demanda espontânea pode ser vista como a expressão de uma outra forma de percepção das necessidades de saúde que de modo algum pode ser ignorada quando se discute a organização de serviços de saúde. E a demanda espontânea não se reduz a um perfil de morbidade, pois outras podem ser as razões dos que buscam os serviços de saúde.

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.

Por outro lado, cada vez que uma equipe, a partir de uma certa apreensão das necessidades de saúde da população, estrutura seu trabalho, definindo as ações prioritárias, ela corre o risco de romper a integralidade, por restringir suas ações ao instituído, deixando de responder às necessidades que lhes escaparam no momento da estruturação do serviço. Voltando a um exemplo já referido, se um gestor municipal implementa um programa que oferece leite e óleo para crianças com carências nutricionais menores de 24 meses, e organiza os serviços de modo que agentes comunitários ativamente captem as crianças sob risco nutricional na faixa etária estabelecida, municiando-os da balança que permite pesar as crianças nessa mesma faixa etária, provavelmente obterá resultados positivos. Mas a integralidade só estará realizada se o treinamento desses agentes os capacitar para identificar, mesmo sem pesar, crianças desnutridas fora da faixa etária prioritária, de modo a encaminhá-las ao serviço de saúde. Nesse sentido, a integralidade se apresenta como um modo de organizar os serviços sempre aberto a assimilar uma necessidade não contemplada na organização anteriormente dada.

Nesse contexto, a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. Nesse sentido, a articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada desde o serviço expressa o diálogo necessário entre dois modos privilegiados de se apreender as necessidades de um grupo populacional. Diálogo que serve como ponto de partida para outras tantas ampliações, que ainda estão por ocorrer.

Integralidade e políticas especiais

Um outro conjunto de sentidos do princípio de integralidade é relativo às configurações de certas políticas específicas, chamadas aqui de *políticas especiais*. São políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional. Poderíamos falar que esse terceiro conjunto de sentidos da integralidade trata de atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos.

Preferimos aqui o termo *política* ao termo *programa*, para ressaltar a dimensão mais abrangente da resposta governamental a certos problemas públicos. É fato que muitas das respostas governamentais a certos problemas de saúde assumiram (e assumem) formas denominadas programas, e os tradicionais programas verticais exemplificam isso. Contudo, neste trabalho reservamos o termo *programa* a um conjunto de ações organizadas com vistas ao enfrentamento de um problema público qualquer, tendo geralmente expressão institucional (e portanto orçamentária) e uma perspectiva de atuação não limitada temporalmente⁶.

Talvez devamos ao movimento feminista no Brasil a construção desse tipo de uso da noção de integralidade. Sabemos que o movimento feminista influenciou muito a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, no âmbito do Ministério da Saúde. Subjacente a esse programa estava uma densa crítica ao modo como as questões e os problemas de saúde da mulher vinham sendo tratados nas políticas e nos serviços de saúde.

Talvez o aspecto mais central dessa crítica pudesse ser resumido da seguinte forma: os problemas de saúde da mulher eram pensados de forma reducionista, sem levar em conta os contextos culturais e as diversas formas de dominação que conferiam especificidades ao adoecimento das mulheres. Em consequência, as respostas governamentais não respondiam adequadamente, quer a essas especificidades do adoecimento da mulher brasileira, nem tampouco se inscreviam numa perspectiva de emancipação, ou seja, da superação das diversas dominações.

Dessa crítica nasce um ideal de construir políticas voltadas para a assistência à mulher. Sem dúvida, as mulheres já eram consideradas parte de uma população-alvo prioritária: a população materno-infantil. Mas há uma ruptura radical entre essa noção de grupo materno-infantil e a de mulher que integrará a população-alvo do PAISM.

Tal ruptura pode ser apreendida a partir de uma distinção bastante óbvia: a mulher integrava o grupo materno-infantil mediada por sua função reprodutora. O movimento feminista travou uma grande luta contra o reducionismo implícito nessa acepção. Não era aceitável que a saúde da mulher fosse vista apenas em função da perspectiva de ela se tornar mãe. A saúde da mulher deveria ser pensada desde a perspectiva de sua vida, que deveria ter na maternidade uma de suas muitas opções. Compreende-se assim a importância que temas como o planejamento familiar adquirirão no PAISM.

O termo *assistência integral* procurava indicar essa ampliação do horizonte na qual os problemas de saúde da mulher deveriam ser pensados. Integralidade aqui quer dizer uma recusa, por parte dos que se engajam na formulação de uma política, em reduzir o objeto de suas políticas, ou melhor, de reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem.

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. Isso implicou que alguns dos ideais da assistência integral à saúde da mulher fossem abdicados (pelo menos temporariamente). Assim, o programa se ocupou dos problemas de saúde da mulher diretamente relacionados com o útero (gravídico ou não) e com as mamas, assim como ao planejamento familiar. As eventuais especificidades do adoecimento feminino, produzidas não pelas especificidades biológicas, mas pelas culturalmente ligadas ao gênero, não puderam ser abordadas adequadamente (o que segue sendo um grande desafio para a construção de uma assistência integral). Tal delimitação, embora compreensível no bojo das lutas entre os diversos programas verticalmente construídos (que ainda prevaleciam à época), não era nem é aceitável. Nesse sentido, deveríamos talvez seguir aprendendo algo com o movimento feminista, e seguir lutando pelo seu ideal de uma assistência integral à saúde da mulher.

Até aqui destacamos um sentido de integralidade aplicável a certas propostas de respostas governamentais aos problemas de saúde, que se configura fundamentalmente pela recusa em objetivar e recortar os sujeitos sobre os quais a política de saúde incide, e que, portanto, amplia o horizonte de problemas a serem tratados pela política.

Mas há um outro sentido de integralidade também aplicável às respostas governamentais na área de saúde. Ele também diz respeito ao elenco de ações contempladas numa política especial, mas enfatiza um aspecto: em que medida a resposta governamental incorpora ações voltadas à prevenção e ações voltadas à assistência. Nesse sentido, a noção de integralidade expressa a convicção de que cabe ao governo responder a certos problemas de saúde pública, e que essa resposta deve incorporar tanto as possibilidades de prevenção como as assistenciais.

Nesse sentido, poderíamos criticar um programa de prevenção do câncer

de mama, que deixe de levar em conta as necessidades de restauração de mamas das mulheres que realizam mastectomias em função da doença. Uma resposta coerente com o princípio da integralidade da assistência, nesse sentido, deveria viabilizar o acesso às técnicas de diagnóstico precoce, assegurando a todas as mulheres que fazem o diagnóstico (mesmo as que o fazem tardiamente) o acesso às formas de tratamento de que necessitam. Aliás, como a prevenção do câncer de mama se faz através de diagnóstico precoce, a oferta desse diagnóstico desacompanhada do pronto acesso de todas ao tratamento adequado é não só uma transgressão ao princípio da integralidade, como é algo totalmente inaceitável do ponto de vista ético.

No Brasil talvez seja a resposta governamental à Aids a que mais se aproxima do princípio da integralidade nesse último sentido (o de abarcar tanto a perspectiva preventiva quanto a assistencial). A resposta governamental brasileira destoou de uma série de recomendações emanadas de agências internacionais, como o Banco Mundial, sobre as políticas frente à Aids. Em geral, tais recomendações defendiam que os governos deveriam se empenhar na oferta das intervenções preventivas, consideradas altamente eficazes em termo de custo, deixando de financiar ou prover algumas intervenções, como o uso de anti-retrovirais. A resposta brasileira, entretanto, norteou-se pelo princípio da integralidade, de modo que o governo assumiu a responsabilidade de distribuir gratuitamente os anti-retrovirais aos pacientes com a doença, sem descuidar das práticas preventivas.

Esse aspecto merece um comentário adicional. Com efeito, têm-se difundido no debate sobre as políticas de saúde as teses que advogam o uso de critérios de eficiência, como a chamada eficácia em termos de custo. Podemos, entretanto, vislumbrar pelo menos dois modos de uso desse critério de eficiência no que diz respeito à escolha do elenco de atividades contempladas por uma certa política especial. O primeiro, ilustrado pelo documento *Investindo em saúde*, elaborado pelo Banco Mundial em 1993, analisa a eficácia de intervenções isoladas. A idéia presente naquele documento era a de utilizar esses indicadores de intervenções isoladas para constituir um pacote de intervenções a ser financiado pelos governos. É desta forma que se torna possível, por exemplo, recomendar aos governos que distribuam camisinhas e que não distribuam anti-retrovirais.

O segundo modo de uso dos critérios de eficiência já era ilustrado pelo velho método CENDES/OPAS, publicado em 1965. A diferença é que as unidades de análise não eram intervenções isoladas, mas conjuntos de intervenções combinadas de forma a responder a um certo problema de saúde.

Apenas esse segundo modo de uso é compatível com o princípio da integralidade, pois exige que as diferentes combinações de atividades preventivas e assistenciais sejam apreciadas em seu conjunto.

A resposta governamental brasileira à Aids sempre se pautou pelo respeito aos direitos dos que vivem com essa doença. Concebendo a Aids como um mosaico de epidemias, envolvendo diversos modos de transmissão, a resposta brasileira abarcou um elenco abrangente de estratégias e intervenções. Há aqui outra nuance do sentido de integralidade aplicado ao desenho das políticas: a capacidade de abarcar os diversos grupos atingidos pelo problema, respeitando suas especificidades. Mas, para fazê-lo inteiramente, pode ser necessário transgredir os espaços das políticas setoriais. Como responder adequadamente à Aids nos presídios, por exemplo, sem uma perspectiva de integralidade que vá muito além dos recortes da saúde?

Considerações finais

No início deste texto advertíamos ao leitor sobre sua natureza: trata-se de um *positional paper*, que visa a suscitar o debate, despertar reflexões críticas e abrir mais uma rodada de conversas. Nele procuramos refletir sobre três grandes conjuntos de sentidos do princípio de integralidade. Eles incidem sobre diferentes pontos: o primeiro conjunto se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independentemente de ela se dar no âmbito do SUS; o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços; o terceiro, aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde.

É possível reconhecer alguns traços de semelhança, algumas analogias, alguns fios de ligação que articulam todos esses sentidos. Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo.

Um paciente não se reduz a uma lesão que no momento lhe causa sofrimento. Não se reduz a um corpo com possíveis lesões ainda silenciosas, escondidas à espera de um olhar astuto que as descubra. Tampouco se reduz a um conjunto de situações de risco. O profissional que busque orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar aos reducionismos.

Analogamente, quando se busca orientar a organização dos serviços de

saúde pelo princípio da integralidade, busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades. As necessidades de serviços assistenciais de uma população não se reduzem às necessidades de atendimento oportuno de seus sofrimentos. Como também não se reduzem às necessidades de informações e de intervenções potencialmente capazes de evitar um sofrimento futuro. As necessidades não se reduzem àquelas apreensíveis por uma única disciplina como a epidemiologia, ou como a clínica. Novamente, o princípio da integralidade implica superar reducionismos.

Também nas políticas, é a busca de uma visão mais abrangente daqueles que serão os “alvos” das políticas de saúde que configura a integralidade numa de suas acepções. Em outra, é a recusa em aceitar um recorte do problema que o reduza a uma ou algumas de suas dimensões, desconsiderando as demais. As respostas aos problemas de saúde devem abarcar suas mais diversas dimensões. Analogamente, devem oferecer respostas aos diversos grupos atingidos pelo problema em foco.

Talvez parte do reducionismo que contrasta com muitos dos sentidos de integralidade que defendemos resulte de uma certa incapacidade: “a incapacidade de estabelecer uma relação com o outro a não ser transformando-o em objeto” (SANTOS, 2000, p. 83). Podemos perceber traços dessas objetivações nas formas reducionistas que acabamos de criticar: há profissionais que, impossibilitados de tratar com sujeitos, tratam apenas das doenças. Lidam com os sujeitos como se eles fossem apenas portadores de doenças, e não como portadores de desejos, de aspirações, de sonhos. Há modos de organizar os serviços que tomam certas percepções de necessidades (percepções necessariamente subjetivas) como se fossem reais. Reificando suas próprias percepções, tornam-se insensíveis aos desejos e aspirações de outros sujeitos, quer estejam como pacientes, usuários, ou como profissionais. Há formuladores de política que concebem os sujeitos que sofrerão as conseqüências das políticas que formulam como objetos, alvos das intervenções.

Se há alguma razão no argumento anterior, então integralidade talvez só se realize quando procuramos estabelecer uma relação sujeito-sujeito, nas nossas práticas nos serviços de saúde, nos debates sobre a organização dos serviços, ou nas discussões sobre as políticas. Isso talvez envolva uma abertura para o diálogo com o outro, que sempre resiste aos nossos projetos, do mesmo modo como resistimos aos seus projetos⁷.

Não são esses certamente os únicos sentidos da integralidade. Esses são

alguns dos sentidos, pelos quais vale a pena lutar. Subjacente a todos os sentidos da integralidade que aqui exploramos (e possivelmente a outros aqui não ventilados) esteja um princípio de direito: o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde. A partir desse direito, o princípio da integralidade talvez nos oriente na busca da resposta à seguinte pergunta: como nós podemos oferecer respostas abrangentes e adequadas às necessidades de saúde que se nos apresentam?

Notas

- ¹ Dedico este trabalho à memória de Piquet Carneiro, médico, professor e homem de visão, que sempre soube defender, praticar e ensinar a integralidade.
- ² Consideramos signos de uma organização institucional: a criação de departamentos nas escolas e universidades, o desenvolvimento de pós-graduações ou especializações, a criação de instituições de âmbito nacional com o recorte temático, ou o desenvolvimento de publicações específicas. No caso da medicina integral, tais signos não são evidentes.
- ³ Reencontramos aqui uma distinção análoga a que foi discutida na seção anterior: a distinção entre as atividades assistenciais, cuja necessidade é experimentada pelo paciente, e as atividades de prevenção, cujas necessidades discrepam das experiências dos próprios pacientes. Mas a distinção tal como pensada pelos formuladores do sistema de saúde não coincide exatamente com aquela primeira. As necessidades da saúde pública incluem medidas tipicamente preventivas, mas também medidas voltadas à assistência de pacientes com problemas específicos. A distinção neste último caso reside, por exemplo, num certo grau de discordância entre profissionais e usuários sobre a necessidade de um certo tipo de acompanhamento. De qualquer modo, a necessidade das ações não decorre diretamente da experiência de sofrimento do paciente.
- ⁴ O reconhecimento dessa possibilidade – a de que o SNS teria sido pensado para criar um lugar que tornasse possível pensar articuladamente a assistência médica previdenciária e a saúde pública – é bastante tardio entre nós. Isso talvez se deva em parte porque tal articulação não se faria no âmbito de um ministério, mas no âmbito do Conselho de Desenvolvimento Social. Tal reconhecimento não implica reconhecer alguma virtude na configuração do SNS. Sobre esse tema, veja-se o esclarecedor trabalho de Vater (1996).
- ⁵ A indignação tem aqui razões técnicas: de um lado, entre os estigmas da hanseníase está a idéia equivocada que suprime o direito reprodutivo das mulheres com a doença. De outro, há interferências medicamentosas entre as substâncias utilizadas no tratamento e a eficácia dos anticoncepcionais orais. Por fim, entre as medicações potencialmente úteis no manuseio dos quadros reacionais está a talidomida, substância

sabidamente capaz de provocar malformações, cujo uso só pode ser feito em mulheres quando os profissionais estão seguros de que a paciente não tem risco de engravidar durante o tratamento.

⁶ Uma apresentação mais sistematizada dessa distinção foi feita por mim em outro trabalho (MATTOS, 1999).

⁷ Sobre a noção de subjetividade implícita nesse parágrafo, vide Ayres (2001)

Referências

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63- 72, 2001.

BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993: Investindo em Saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 1993.

BRASIL. Congresso Nacional. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Promulgada em 5 out. 1988.

MATTOS, R. A. Sobre os limites e as possibilidades dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/Aids: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. In: PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M. *Saúde, desenvolvimento e política*. Respostas frente à Aids no Brasil. São Paulo: Editora 34, 1999. p. 29-87.

SANTOS, B. S. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2000.

VATER, M. C. *A proposta de política de saúde do Governo Geisel*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1996.

WORLD BANK. *Financing health services in developing countries: an agenda for reform*. Washington: World Bank, 1987.

As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade

ROSENI PINHEIRO

Introdução

O objetivo principal deste trabalho é levantar questões sobre os limites e possibilidades de construção da integralidade nos serviços de saúde, a partir da análise da relação entre demanda e oferta no cotidiano dos atores em suas práticas em serviços de saúde. Diferentemente de outros estudos que trabalham com essas categorias – oferta e demanda –, esta análise visa a identificar seus elementos constitutivos, a fim de reconstruí-los na própria relação/interação existente entre os atores em suas práticas no dia-a-dia das instituições de saúde.

Iniciamos pela construção conceitual sobre as definições utilizadas nesta análise – cotidiano, oferta e demanda –, explicitando os nexos constitutivos existentes entre esses termos e a integralidade, para em seguida observá-los numa dinâmica relacional de construção de distintos significados e sentidos que são atribuídos pelos atores nas suas práticas nos serviços. Em que pese o termo *integralidade* possuir um caráter polissêmico no âmbito das políticas de saúde no país, a integralidade é assumida aqui como sendo *uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual - onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados.*

O cotidiano será a primeira definição a ser abordada. Por cotidiano entende-se o *locus* onde se expressam não somente as experiências de vida, na perspectiva individual que o termo possa conter, mas contextos de relações distintas que envolvem tanto pessoas, como coletividades e instituições, em espaços e tempos determinados.

Milton Santos amplia essa visão, afirmando que “o cotidiano representa os aspectos de um lugar, que é compartilhado entre as mais diversas pessoas, firmas e instituições, em uma relação dialética de cooperação e conflito, sendo essas as bases da vida comum” (SANTOS, 1999, p. 258). Cada qual exerce uma ação própria, a vida social se individualiza, e porque a contigüidade é criadora de comunhão, a política se territorializa, com o confronto entre organização e espontaneidade. Portanto, estudar os atores, seus discursos e práticas no cotidiano das instituições é fundamental, pois possibilita a localização de elementos objetivos e subjetivos, por meio dos quais os atores sociais constroem suas percepções referentes à vida social, que inclui a *vida institucional*. No caso das instituições de saúde, o cotidiano dos atores representa um espaço de lutas, de exercício de poder, aqui entendido “não como um objeto natural, uma coisa”, mas como *prática social, influenciada pelas práticas sanitárias e políticas*.

Outros autores se aproximam dessa questão, ao defenderem que a visão exclusiva dos processos políticos, sociais e institucionais em nível macroestrutural não basta; a ela deve associar-se o *desvelamento do cotidiano* dos atores envolvidos (COHN *et al.*, 1999). Para esses autores, no caso específico da saúde, o desvelamento do cotidiano deve abarcar o verdadeiro significado do direito à saúde e o conjunto de representações populares a respeito da doença e da saúde, das instituições e serviços, de forma de repensar a relação entre o chamado direito positivo e o quadro de notórias desigualdades no campo sanitário ao qual essa população está submetida. Portanto, as relações mantidas entre gestores, profissionais e usuários nas instituições que compõem o sistema de saúde local não se revestem de significados apenas técnicos, mas se inscrevem numa prática pluridimensional, entre as quais se destaca a dimensão política.

É nessa perspectiva que oferta e demanda, e suas relações nos serviços de saúde, são utilizadas como categorias de análise capazes de apreender essa prática, que não é somente assistencial e tecnológica, mas também é política. Mais uma vez, devemos frisar que o uso das categorias de oferta e demanda não se presta, neste trabalho, como um estudo de cunho econômico ou somente funcionalista, no sentido do uso recorrente desses termos, mas corresponde a um tipo de marcador contínuo que permite identificar os limites, possibilidades, e mesmos os desafios, de se garantir a integralidade nos serviços de saúde. Essa idéia parte do pressuposto de que a integralidade nesses serviços tem nas categorias oferta e demanda as principais ferramentas de sua observação, quando analisadas relacionalmente, as quais são

construídas de maneira dinâmica, resultante de uma *ação social*, que tanto pode incluir a objetividade e/ou a subjetividade de seus atores, quanto suas falas e práticas no interior das instituições.

Continuemos, então, na discussão sobre os conceitos, pois existem várias formas de se conceituar demanda e oferta nos serviços de saúde. Por exemplo, Travassos *et al.* (1999) tratam do conceito de oferta de serviços de saúde relacionando-o à disponibilidade, ao tipo e à quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos e tecnológicos) destinados à atenção à saúde. É influenciado por sua localização geográfica, cultura médica local dos profissionais que realizam esses serviços e pela ideologia do prestador, isto é, o estilo político adotado pelas instituições formais que integram os sistemas de saúde. Já o conceito de demanda é a atitude do indivíduo de procurar serviços de saúde, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido. No entanto, Arruda (1998) acrescenta que a demanda nem sempre será a expressão de necessidade, seja pelo desconhecimento das pessoas daquilo de que precisam (males assintomáticos), pela desinformação sobre a existência da solução de seus problemas, sua indisponibilidade de pagar pelos serviços ou mesmo pela ausência de oferta dos serviços desejados.

Essa peculiar divisão entre demanda e oferta faz com que sua *relação* não seja vista, o que imprime um caráter dicotômico e até mesmo estático às duas categorias. Com isso, os estudos realizados sob esse prisma tendem a analisar os seus componentes separadamente, de modo que a demanda seja relacionada apenas aos usuários ou consumidores, e a oferta seja ligada somente aos profissionais e gestores dos serviços propriamente ditos.

Há nessa forma de elaboração teórica uma estreita ligação com os conceitos econômicos clássicos, que, assentados no mercado via consumo, acabam por manter uma distinção entre as categorias demanda e oferta, pela qual o consumidor ou usuário vai para um lado e o prestador e seus agentes vão para outro, numa ação descolada do contexto em que estão inseridos. Esse contexto se refere ao cotidiano das instituições, aqui entendido no sentido de Castoriadis (1982), que as define como uma autocriação da sociedade, devendo portanto reproduzir, ao menos em síntese, os mecanismos mais gerais de funcionamento das relações entre sociedade e Estado, que neste caso é a relação entre demanda e oferta nos serviços de saúde.

Por outro lado, no campo da avaliação das políticas públicas, a utilização da expressão “ação social”, no caso de se montar modelos explicativos de uma política, serve para designar o ato de *fazer* políticas, na medida em que

se estabelece sempre uma relação entre atores governamentais e os cidadãos, não de forma dicotômica, mas num processo contínuo e até mesmo independente da fase da política (VIANA, 1996)¹. Esse conceito pode ser ampliado com a definição de ação social, dada por Weber, que entende a *ação* como sendo o fundamento de toda estrutura social: a ação geradora de situações e estruturas² que organizam o edifício social. Uma vez considerando a definição de Weber sobre *ação social*, baseada na reflexão sobre a cultura religiosa³, a dimensão cultural pode ser incluída no escopo de análise de uma política pública em saúde.

Desta perspectiva das políticas de saúde, o estudo sobre a relação entre demanda e oferta em programas ou serviços locais, com ênfase na integralidade das ações, ganha notoriedade e pertinência para o campo da Saúde Coletiva. Isto implica a ampliação do escopo da análise de estudos destinados à compreensão da integralidade, enquanto termo e princípio doutrinário, ao privilegiar a participação dos diversos atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços de saúde. Entendemos ser este o espaço onde as ações políticas ganham materialidade social e expressam as formas de criação e apropriação da produção e reprodução da vida coletiva. Portanto, o cotidiano se presta aqui como *campo de observação de práticas institucionais*. Isto não quer dizer que os fenômenos estruturais e as questões relacionadas ao poder sejam desconsiderados do contexto de análise, como se cada fato constituísse um mundo social independente. Ao contrário, pretende-se situar essas questões no espaço-tempo da dinâmica dos atores nos serviços de saúde, pois se entende que, no cotidiano, os conhecimentos de distintos campos (economia, política e cultura) se encontram em permanente interação.

Para atender ao objetivo proposto neste artigo, serão apresentados alguns dos resultados de um estudo de caso⁴ realizado sobre o sistema de saúde local (Volta Redonda), situado na região do Médio Paraíba no Estado do Rio de Janeiro. Esses resultados surgiram do levantamento de questões em dois planos distintos, mas complementares entre si: o primeiro, que trata da dinâmica de construção da oferta e demanda nos serviços de saúde, na perspectiva dos atores envolvidos na prestação direta do cuidado em saúde; e o segundo, que analisa o Programa de Saúde da Família nessa localidade, pois é considerada uma iniciativa inovadora de gestão do cuidado em saúde, por apresentar-se como alternativa de reorganização das práticas de saúde e medicina voltadas para atenção integral ao indivíduo e à família.

A dinâmica da oferta no cotidiano de serviços de saúde: atores,

falas e práticas (I)

A oferta de serviços de saúde em Volta Redonda se assenta no modelo tecnoassistencial, portador de um projeto político institucional denominado “Em Defesa da Vida”, cuja idéia-força é a definição da política de saúde como “fortalecimento do poder público no sistema de saúde local”. Assumir essa definição significou, na prática do processo de construção do SUS em Volta Redonda, retomar o papel do Estado no provimento das ações de saúde, entendido como o primeiro passo para constituição de um sistema que lograsse os princípios organizativos estabelecidos para a reforma do setor.

Desde o início, a retomada do papel do Estado vem consistindo na inversão da relação entre público e privado, no que diz respeito à gestão dos serviços prestados à população. Na prática, a implementação da proposta “Em Defesa da Vida”, em Volta Redonda, resultou na adoção de medidas voltadas para *a extensão da cobertura, com aumento da participação do setor público na prestação dos serviços de saúde*. Foram medidas que se baseavam nos princípios doutrinários do projeto reformista para o setor saúde, que tem na *descentralização* e na *universalização* das ações de saúde o mote para o surgimento do nível local como principal responsável pelas ações de saúde promovidas pelo Estado junto à sociedade.

Não obstante a pauta reformista, a proposta de Volta Redonda avançava com o firme propósito de que a rede básica deveria ser o principal eixo estruturante das ações de saúde no município. Isto significava não apenas a ampliação do número de unidades, mas a transformação da rede de serviços básicos de saúde em porta de entrada do sistema. Esse entendimento foi considerado estratégico pelo corpo dirigente da SMS-VR, para lograr o projeto político-institucional do SUS na localidade. Os próprios técnicos alegaram que essa concepção sobre o funcionamento da atenção básica em saúde viabilizava a proposta em pelo menos três dimensões: a) assistencial e institucional, mediante sua explícita responsabilização para garantir o direito constitucional à saúde, enquanto serviço; e b) política, na medida em que a proposta já previa a construção dos espaços de participação dos usuários na gestão de unidades e serviços.

Haja vista a criação de espaços institucionais de participação, tais como os conselhos gestores de unidades básicas de saúde, que, junto com os espaços formais determinados pelo arcabouço jurídico-institucional do SUS (os conselhos de saúde) formariam uma verdadeira rede de canais de vocalização de demandas no âmbito do sistema de saúde local. Nessa formulação se percebe

que concepções antigas são revisitadas e reatualizadas. Isso porque a idéia de se constituir a rede básica como porta de entrada do sistema antecede a pauta reformista da década de 90, pois desde a Conferência de Alma-Ata já se criticava a dicotomia técnica e institucional existente entre as ações de saúde. Mais do que isso, pois deveria ser adotada como estratégia de mudança desse quadro a criação de serviços regionalizados e hierarquizados, de acordo com os níveis de complexidade tecnológica dessas ações.

Resgatar as concepções que originaram o conceito de porta de entrada é importante para se saber que muitos dos conceitos utilizados no campo das políticas de saúde vêm sendo amplamente discutidos ao longo de três décadas. Entretanto, quando são postos em prática, revelam limites e obstáculos para sua concretização, no que diz respeito a sua eficácia social – o que coloca em xeque as transformações exigidas com a implantação do SUS. Tais limites podem ser percebidos em vários estágios do processo organizativo das instituições que integram o sistema de saúde e que são constitutivos da categoria oferta de serviços de saúde, por conseguinte, também importante para discutir a integralidade, entre os quais destacamos: a organização do atendimento, o uso dos serviços, referência e contra-referência e níveis de atenção.

Organização do atendimento

No caso de Volta Redonda, a organização do atendimento da rede básica de serviços se dá por meio do agendamento da clientela, com forte influência dos tradicionais programas institucionais do Ministério da Saúde. Com uma lógica de atendimento voltada para um agendamento diferenciado, os usuários são classificados, já no primeiro contato com as unidades, como demanda programada e demanda referida⁵. Essa diferenciação resulta de duas formas de encaminhamento feitas na própria unidade: a) pode ser mediante a consulta com médico clínico, ou b) por indicação de outra unidade onde a doença já foi detectada.

Embora a Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda tenha reunido esforços para garantir a interdisciplinaridade, mediante medidas para disponibilizar profissionais não-médicos, tais como psicólogos, fonoaudiólogos e enfermeiros, nas unidades básicas de saúde, a lógica do atendimento nesses serviços está centrada, em sua grande maioria, no atendimento individual realizado pelo

médico. Isto reforça a tese de que, para garantir a interdisciplinaridade, não basta compor equipes com profissionais de outras áreas, mas reconhecer a realidade expressa em termos de acesso a bens em saúde, um conjunto de valores, crenças e idéias calcado na racionalidade médica contemporânea. É pautada na figura do médico, com incorporação de alta tecnologia como ferramenta de atenção e cuidado em saúde. Outra questão frequentemente apontada pelos usuários é o tempo de espera demasiadamente longo. A prestação dos serviços públicos vem sendo caracterizada como “lenta e ineficaz”, o que tende a imprimir uma imagem depreciativa do atendimento oferecido à população que utiliza esses serviços.

Tal afirmação pode ser constatada quando se compara o atendimento realizado pelos serviços públicos com aquele provido por meio de planos e seguros privados. Travassos *et al.* (1999), ao realizarem estudo sobre a utilização dos serviços de saúde em duas regiões do país, identificaram que o tempo de espera para atendimento de pessoas cobertas por planos ou seguros é em média a metade do tempo de espera de pessoas não cobertas. Segundo esses autores, tal variação estaria relacionada com a diversidade de tipos de serviços ofertados e consumidos pelos grupos sociais estudados, sejam serviços públicos ou privados, na medida em que o tempo de espera não é o mesmo em todos os estabelecimentos – é em média meia hora nas clínicas e consultórios privados, e mais de uma hora nos outros estabelecimentos. Um dos fatores considerados determinantes desse quadro foi o nível de renda, pois, dependendo do poder aquisitivo do indivíduo, o mesmo poderá adquirir um plano de saúde que tenha uma cesta mais ou menos diversificada de tipos de serviços e estabelecimentos de saúde, o que seguramente influenciará na utilização e consumo desses serviços.

Contudo, no cotidiano dos serviços de saúde estudados na localidade de Volta Redonda, a questão do tempo de espera no atendimento do usuário, ao menos do ponto de vista dele (usuário), não se relaciona com a natureza (pública ou privada) dos níveis que oferecem esses serviços, pois nas duas situações, segundo os depoimentos, eles "esperam muito tempo, mas sabem que serão atendidos". Na verdade são as filas o que mais afeta o acesso dos serviços ofertados pelo sistema. Portanto, ao esperar determinado tempo para ser atendido, já se parte do pressuposto que o acesso efetivo está garantido – o problema está em “ficar na fila”, esperar, para talvez não ser atendido.

Essas dificuldades são reconhecidas pelo corpo técnico da Secretaria e

profissionais de saúde como um aspecto negativo dos serviços prestados à população. Além do mais, sua existência contribui para reforçar a preferência da população em procurar, primeiro, as instituições do sistema que funcionem 24 horas, com uma disponibilidade maior de recursos diagnósticos, que são os postos de pronto-atendimento e os hospitais.

O uso nos serviços de saúde: rede básica x hospital

No que diz respeito ao uso dos serviços, a preferência individual das pessoas pelo atendimento hospitalar faz parte da história passada e presente das políticas de saúde no país, que tem no itinerário da busca da população pela cura a representação de que o hospital é o lugar que reúne todas as possibilidades de solucionar seu problema de saúde (PINHEIRO, 1986; CANESQUI, 1992; COHN *et al.*, 1991).

Haja vista as constatações de Travassos *et al.* (1999), ao examinarem a estrutura do consumo de serviços de saúde no país, antes e depois da implantação do SUS: entre outros comportamentos verificados no uso dos serviços, destaca-se o expressivo aumento da participação dos hospitais no consumo dos serviços de saúde em pelo menos duas regiões do país, Nordeste e Sudeste, sendo mais evidente na primeira, com quase 62% do consumo total dos serviços de saúde.

Daí é possível afirmar de antemão que tal comportamento se deve a uma forte característica do sistema de saúde brasileiro, que, independentemente de sua pluralidade (*mix* público ou privado)⁶, o modo como foi historicamente construído tem na assistência médica e no atendimento hospitalar seus eixos estruturantes.

Por outro lado, existem variáveis subjetivas que também determinam o tipo de serviço que será utilizado pela clientela. Em alguns estudos realizados sobre o perfil da população que usa exclusivamente os serviços públicos, constatou-se que os usuários já fazem uma hierarquização parcial na escolha entre unidades básicas e de retaguarda (unidades especializadas, incluindo-se aqui o hospital), com base na própria experiência de uso desses serviços⁷. Talvez isso não ocorra no caso dos serviços oferecidos pelos planos de saúde, porque os serviços especializados e hospitalares tendem a aumentar, como já dito, os custos dos mesmos junto às operadoras. Essa situação pode afetar o acesso, pela redução desses serviços na cesta oferecida pela modalidade do plano de saúde que foi adquirido.

Em Volta Redonda, a preferência da população na busca por serviços de saúde também tem sido relacionada às unidades mistas, policlínicas e insti-

tuições hospitalares. Segundo relato do representante dos usuários no CMS/VR, essa questão foi identificada no âmbito do conselho de saúde, e vem sendo frequentemente discutida. No entanto, procura-se “conscientizar a população” sobre suas implicações, no sentido de tentar modificar esse quadro. Mais que a conscientização dos usuários, o representante dos usuários alerta para a necessidade de se considerar outras questões sobre o acesso no âmbito do SUS, relativo principalmente à cultura política local e sua relação com a saúde. Entre elas destacam-se a política do clientelismo e medicalização dos problemas de vida da população, com forte apelo à hospitalização da atenção à saúde prestada, em detrimento de uma maior ênfase na prevenção com a integralidade das ações no ato em que o indivíduo é atendido.

A “saturação da rede” citada no depoimento do representante dos usuários é endossada pelos depoimentos dos técnicos e profissionais, sendo que estes apontam como uma das principais causas para essa situação o fato de o sistema de saúde de Volta Redonda servir de referência não somente para seus municípios, mas para as populações das demais localidades da região. Parece que ter serviços resolutivos significa um ônus para a estrutura municipal de saúde, o que gera dificuldades internas na organização e na resolutividade dos serviços, ainda mais se os sistemas de saúde de outras localidades da região estiverem em fase de reorganização de suas redes de serviços. No caso de Volta Redonda, essa situação vem provocando expressivo aumento no volume da demanda por serviços de saúde em seu próprio sistema, o que vem rebatendo diretamente no funcionamento do sistema de referência e contra-referência local. São condições que devem ser abordadas quando se pensa em implementar os sistemas de referência e contra-referência.

Com isso, cada vez mais se torna evidente a necessidade de se estabelecer pactos intermunicipais que tratem de outras questões também importantes, tais como programação integrada de procedimentos e alocação de recursos financeiros. Uma vez esses sistemas organizados, possibilita-se o acesso da população à oferta dos serviços relacionados aos níveis secundários e terciários (quicá quaternário), na medida em que constituem a retaguarda das demandas assistenciais provenientes da rede básica de atenção à saúde.

Referência e contra-referência

Muitos relatos de experiências⁸ têm apontado para as dificuldades de se

estabelecer um sistema de referência e contra-referência no âmbito do município. No caso de Volta Redonda, verificou-se a existência de um sistema de referência e contra-referência bastante atuante, mas com pontos de estrangulamento de suas funções, o que resulta na demora do atendimento das solicitações realizadas pela rede básica de atenção à saúde. Outras dificuldades foram identificadas durante a pesquisa de campo, que escapam à racionalidade dos procedimentos operacionais de organização do sistema, como o comportamento dos profissionais médicos nos serviços de referência no funcionamento do sistema como um todo. Seguramente, esse aspecto, que foi identificado no cotidiano dos serviços de saúde, impõe desafios à concretização dos princípios de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde no âmbito do SUS.

Mendes (1993, p. 149) define a hierarquização como sendo a “garantia de resolubilidade que se deve dar de acordo com cada nível e ao nível do sistema como um todo”. Nesse sentido, a suficiência ou insuficiência da capacidade tecnológica de cada nível de atenção vai depender também da capacidade resolutiva do nível que o antecede, isto é, o nível que convencionalmente se denominou como porta de entrada do sistema: a rede básica. Portanto, a capacidade resolutiva dos níveis de atenção estará diretamente relacionada com a eficiência das tecnologias desenvolvidas no primeiro nível de atenção (atenção primária), sendo o profissional, em particular o médico, o principal vetor dessas ações.

Isto implica considerar que, ao se criar um sistema de referência e contra-referência que funcione, é necessário muito mais que o estabelecimento de um fluxo e contrafluxo de pacientes e de informações gerenciais e tecnocientíficas, mas sobretudo reconhecer que nesse sistema deverão ser difundidos conhecimentos necessários para a melhoria da qualidade do atendimento realizado pelo sistema de saúde local no qual está situado. Uma dificuldade apontada no depoimento do gestor sobre sistema de referência e contra-referência revela uma importante contradição da consolidação de reformas do sistema. Essa contradição está na relação entre serviços e profissionais no funcionamento do sistema, o que em certa medida limita o alcance efetivo das reformas do sistema, ou de qualquer outro projeto ou proposta que se destine a mudar as práticas sanitárias no interior das instituições de saúde.

Pode-se afirmar que, no caso de Volta Redonda, existe um ponto de inflexão no projeto político-institucional desse sistema de saúde, no qual o profissional médico se destaca como foco de questionamento do modelo a

ser mudado, provocando tensões na relação entre serviços, profissionais e usuários. Talvez isso possa estar acontecendo por desconhecimento, ou mesmo pela não-incorporação, por parte desse profissional, da racionalidade política a que o projeto se propõe. Se analisarmos o processo de consolidação da reforma do sistema de saúde brasileiro (o SUS), pode-se verificar que essas dificuldades são vistas na organização de todo o sistema, apresentando, apesar de todos os avanços de sua construção, restritas mudanças naquilo que ele considera essencial: a organização da rede regionalizada e hierarquizada das unidades, capaz de garantir acesso universal e equitativo da população a todos os níveis de complexidade de serviços e a relação entre esses profissionais e esses serviços e os usuários (LEVCOVITZ, 1997).

Todavia, no que concerne à gestão da assistência no sistema de saúde em Volta Redonda, não se pode negar a existência de significativos avanços. A gestão da oferta de serviços, com seus respectivos níveis de complexidade em Volta Redonda, tem-se dado numa concepção de gestão democrática das unidades, com o estabelecimento de estratégias que procuram dar mais consistência à relação entre serviços, profissionais e usuários. Entre os serviços que constam da referência e contra-referência em Volta Redonda, destaca-se o Hospital São João Batista, que vem apresentando iniciativas de melhoria da qualidade do atendimento prestado à população. Nessa direção foram implantados os seguintes programas: PID (Programa de Internação Domiciliar) e PAD (Programa Ambulatorial Domiciliar), que tiveram como mote a humanização do atendimento, sobretudo da faixa etária idosa.

Iniciativas como estas, de humanização do atendimento e melhoria dos serviços hospitalares, através de práticas de acompanhamento domiciliar, trazem à tona a necessidade de se refletir sobre os níveis de complexidade e níveis de atenção, porque esses níveis são comumente assim relacionados: baixa, média e alta complexidade, que correspondem aos níveis primário, secundário e terciário, respectivamente. Na prática, essa tendência pode ser desmistificada, ao se observar que na própria atenção primária podem ser exigidas habilidades e práticas de alta complexidade, reunindo conhecimento de diversos campos, tais como antropologia, economia, sociologia, comunicação social e a própria medicina.

Níveis de atenção: tecnologias x complexidade

Para definir níveis de atenção em saúde, o conceito de Mendes parece útil na medida em que estabelece os níveis de atenção formados por diferentes composições tecnológicas referidas por sua densidade, custo e viabilidade, para solução de conjuntos específicos de problemas de saúde de diferentes naturezas. O autor parte do pressuposto que “os problemas de saúde ocorrem com frequências relativas diferentes, variando de intervalo teórico de problemas mais raros até os problemas mais comuns” (MENDES, 1996, p. 268). Daí se associa o termo “densidade tecnológica”, pelo qual os problemas menos frequentes correspondem a composições tecnológicas mais densas e, portanto, mais custosas. Se os princípios da regionalização e hierarquização dos serviços de saúde no âmbito do SUS forem assim concebidos, isto é, sob a ótica da densidade tecnológica e complexidade assistencial, será necessário adotar lógicas organizativas que estruturam os sistemas de saúde municipais em níveis de atenção, de maneira a dispor de uma escala de procedimentos técnicos, em conformidade com a responsabilidade de cada esfera de governo na condução e execução das ações assistenciais de saúde.

Por exemplo, as ações relacionadas à atenção básica ou primária são de responsabilidade municipal, devendo ser estruturadas de maneira descentralizada, fazendo com que o planejamento e a organização dos níveis secundário e terciário tenham uma lógica capaz de disponibilizar os procedimentos técnicos de diagnóstico e tratamento com diferentes gradações e recursos disponíveis para serem ordenados. Isto tenderá a concentrar estruturas mais complexas nesses níveis de atenção no sistema local, gerando uma elevação expressiva nos custos da assistência prestada. De qualquer maneira, é praticamente inviável que todos os municípios do país sejam capazes de estruturar e manter os três níveis de atenção dentro de seus limites territoriais, como por exemplo os ambulatórios especializados, atenção hospitalar e sistemas de apoio diagnóstico e terapias de alto custo.

A Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda adotou como estratégia de organização dos níveis de atenção secundária e terciária a implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde, com o objetivo de reordenar de maneira mais efetiva as atividades dentro e fora dos limites dos sistemas municipais de saúde que integram a Região do Médio Paraíba. Entretanto, parece que a materialização dessa proposta de consórcio depende do compromisso espontâneo de cada membro integrante com pouca (ou

nenhuma) articulação com o estado do qual faz parte.

Analisando essa situação, pode-se perceber uma articulação débil entre as instâncias municipal e estadual, ocasionada pela ausência de uma ação coordenada que vise ao fortalecimento dessa política em nível estadual. Dessa forma, o êxito do Consórcio Intermunicipal de Saúde está condicionado às afinidades político-partidárias, com pouca vinculação com as políticas de saúde estadual e federal. O papel do governo estadual torna-se importante, tanto no apoio técnico especializado e na divisão das responsabilidades sanitárias junto a seus municípios, quanto na sustentabilidade financeira do CIM, por meio de fomento de suas ações de custeio e investimentos.

É nítida a importância que essas concepções acerca da organização dos níveis de atenção à saúde assumem na regionalização e hierarquização dos serviços de saúde. No entanto, há de se ver claro que são formulações de caráter sistêmico e não-estrutural. A diferenciação dos níveis de atenção por densidade tecnológica e complexidade assistencial deve partir de uma decisão política e institucional, que pode passar despercebida no cotidiano dos profissionais e técnicos da saúde no interior das instituições de saúde. Aliás, é comum a definição, por parte de profissionais e técnicos das ações de saúde, se caracterizar como preventiva e curativa, sendo a primeira desenvolvida pela rede ambulatorial e a segunda pelas instituições hospitalares. Vale destacar essa questão, pois as ações de maior complexidade tecnológica dão o *status* da alta competência técnica do médico. Isso faz com que as atividades desenvolvidas no ambulatório sejam desvalorizadas, do ponto de vista social e institucional, por aqueles que prestam e recebem o cuidado.

Enfim, esses elementos constitutivos identificados na relação entre oferta e demanda caracterizam em parte o universo onde habitam limites e possibilidades inerentes à garantia da integralidade nos distintos níveis de sua atuação. Mas como seria ver essa relação do ponto de vista da demanda? Os limites e possibilidades concentram-se em quais aspectos de sua construção nas falas e práticas dos atores no cotidiano?

A demanda no cotidiano das instituições de saúde: atores, falas e práticas (II)

A demanda por serviços de saúde será aqui examinada a partir das percepções e interpretações que o termo assume no cotidiano dos atores e de suas relações com a oferta no âmbito das instituições de saúde do sistema local. Neste estudo, a discussão não se destina a definir um padrão ou perfil de consumo dos serviços de saúde da localidade, mas ressaltar os elementos de uma dinâmica inter-relacional entre atores envolvidos, que alicerçam a categoria “demanda” nos serviços de saúde, face ao projeto político-institucional adotado pela Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda.

No material empírico coletado nas entrevistas com os atores, foi possível perceber que os elementos constitutivos da demanda encontram-se relacionados a visões distintas, mas coerentes, entre saúde, doença e cura. Esses elementos foram observados no atendimento realizado pelos profissionais e técnicos no contato diário com os pacientes usuários, quando aqueles relatam os limites e as dificuldades de se oferecer serviços que de fato sejam capazes de solucionar os problemas de saúde da população. Uma questão evidente nos depoimentos dos atores envolvidos com a demanda relaciona-se com: a) a natureza das causas dos problemas de saúde referidos pela população na busca por serviços de saúde; e b) a forma de resolvê-los. A natureza das causas dos problemas de saúde possui fatores bastante complexos que cruzam campos de conhecimento distintos do campo biomédico. Todas as respostas dos atores entrevistados apontaram para uma clara diferenciação de soluções a serem adotadas, sendo denominadas de “soluções terapêuticas” e “soluções sociais”, como se ambas fossem excludentes e confinadas em áreas de conhecimento isoladas.

Parece que o modelo explicativo para os problemas de saúde apresentados pela população não possui similaridade com os modelos utilizados para elucidar as doenças – ao mesmo tempo em que esta constitui o elemento central da racionalidade da prática médica, que é hegemonicamente exercida nos serviços de saúde⁹. Haja vista a existência de um consenso entre profissionais e técnicos sobre os “sintomas e sinais” apresentados pelos pacientes – que, embora considerem como verdadeiros e que de fato geram desconforto e incapacidade, não caracterizam na maioria dos casos uma doença –, o que deveria ser o real motivo para procura dos serviços. É nesse sentido que Camargo Jr. (1993) apresenta importante contribuição, quando analisa a racionalidade da medicina ocidental contemporânea, ou biomedicina, a qual realiza na sua prática diária um esforço sistemático em objetivar a doença do sujeito, destacando-a da pessoa enferma.

Por outro lado, a forma como os técnicos e profissionais da localidade de Volta Redonda caracterizam os problemas de saúde e definem suas causas traz à tona a importância de se discutir as políticas de saúde, assim como as práticas médicas e sanitárias, no que se refere às suas abordagens e propostas de enfrentamento dos problemas apresentados pela demanda no dia-a-dia dos serviços. Isto significa dizer que: para se *pensar* em saúde, ou mesmo *fazer* uma política de saúde pública, é necessário incluir nos modelos de intervenção os aspectos inerentes a outros contextos – tais como o econômico, social e cultural – pois o limite de suas ações acaba por influenciar tanto a organização da oferta dos serviços de saúde como a construção das demandas que buscam esses serviços.

Para melhor compreender as questões aqui colocadas – as percepções e concepções de doença, saúde e cura dos atores envolvidos com a demanda nos serviços de saúde, a relação entre médico-paciente e a participação do Conselho Municipal de Saúde como canal de vocalização de demandas – têm-se evidenciado importantes elementos para compreender os limites, as possibilidades e os desafios a serem enfrentados na luta pela garantia da atenção integral.

Percepções dos atores sobre doença, saúde e cura

As concepções sobre doença nas falas dos usuários, profissionais e técnicos entrevistados relacionam-se a fatores biológicos e não sociais. Já a concepção de saúde não seria apenas a ausência de alterações biológicas, ou mesmo a existência de uma patologia classicamente descrita nos compêndios médicos, mas resultante de fatores socioeconômicos e culturais relativos à garantia de acesso a oportunidades tanto de trabalho como de moradia e lazer.

Questões como *violência* e *desemprego* são freqüentemente relatadas pelos usuários nas consultas, sendo percebidas pelos profissionais de saúde e técnicos como um dos principais determinantes dos problemas de saúde das pessoas que buscam atendimento naquelas unidades. A associação dessas questões às condições de vida a que a população local está exposta foi recorrente na consolidação das entrevistas realizadas com os atores, que desde já consideraram como precárias e, portanto, “de difícil solução”, no âmbito de saúde, mas especificamente por meio da intervenção médica.

Tecendo-se em detalhes esses determinantes, pode-se perceber que

questões caracterizadas como sociais, como por exemplo a violência, não devem ser excluídas da discussão sobre políticas de saúde. Minayo destaca que a violência não é propriamente um objeto da saúde. Todavia, a violência surge como preocupação para o setor, por um lado, dentro de um conceito ampliado de saúde, pois “tudo aquilo que resulta no agravamento às condições de vida, de trabalho, de relações interpessoais e toda superação de tais condições diz respeito ao campo da saúde coletiva; de outro, a violência num sentido mais estrito, afeta a saúde dos indivíduos, pois ela representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima” (MINAYO, 1997, p. 252).

Da mesma forma pode ser analisada a questão do desemprego, mesmo porque as condições precárias de vida da população têm como uma das principais causas a falta de renda, o que seguramente contribui para o agravamento do quadro sanitário no país. Mais que isso, é poder verificar que, à semelhança dos grandes centros urbano-industriais, Volta Redonda vem, ao longo da década de 90, sofrendo os efeitos deletérios das políticas macroeconômicas de ajustes, implementadas pelo Governo federal nos últimos anos. A redução progressiva do nível de emprego tem afetado substancialmente as condições de vida da população, sobretudo as relações de trabalho. Com isso, o impacto na população é negativo, seja pela insuficiência dos mecanismos para o reaproveitamento da mão-de-obra excluída dos setores produtivos, principalmente nas cidades em que a base produtiva é a indústria, seja pela incapacidade das políticas públicas em compensar tais efeitos, devido, em grande parte, à redução de recursos financeiros para sustentá-las. Portanto, quando esses aspectos são mencionados nos relatos dos atores entrevistados, na verdade explicitam a existência de um cotidiano precário, sendo que a percepção predominante é a saúde como resultante da concomitância de fatores sociais, relacionados principalmente à possibilidade de garantias de trabalho, isto é, de condições salariais e empregatícias mais justas.

Esse quadro precário e de profundas carências é característico da demanda daqueles que procuram os serviços de saúde em Volta Redonda, que, assim como o restante da população do país, vêm sendo frequentemente referidos por diversos grupos sociais, em maior ou menor grau, tanto por homens, como mulheres, crianças, jovens ou idosos empregados e desempregados, que buscam no atendimento médico a solução de seus problemas.

Ressalta-se que esse fato social não se restringe aos limites territoriais de Volta Redonda, haja vista que o número de pessoas atendidas nos serviços de saúde do sistema local chega a ser maior do que a própria demanda da localidade. É interessante notar que, no cotidiano das instituições de saúde em Volta Redonda, a procura recorrente por parte dos usuários por serviços de saúde, em particular do médico, segundo depoimentos dos profissionais e técnicos de saúde, resulta da *cultura popular* que designou socialmente o médico como aquele habilitado a resolver as queixas, problemas físicos ou emocionais, ainda que sua origem não esteja relacionada a alguma doença específica ou a um caso cientificamente descrito.

Do consolidado de depoimentos foi possível perceber que, embora os profissionais médicos assumam os determinantes sociais como elementos fundamentais à compreensão do processo de adoecimento das pessoas, sua análise não se reduz à objetivação exigida pela racionalidade médica contemporânea, da forma como habitualmente o saber médico define a doença, devendo ser este, segundo os médicos, o real motivo para a procura da população por serviços. Da mesma forma que em outros estudos sobre as percepções e representações dos profissionais e usuários sobre doença, saúde e seu cuidado na clientela de serviços ambulatoriais da rede pública (CAMARGO JR., 1997), também foi observada em Volta Redonda a centralidade da categoria doença nas práticas médicas no atendimento oferecido nas unidades de saúde.

Embora haja uma distinção entre doenças e doentes, por parte dos profissionais, percebe-se certa coincidência entre o que se oferta nos serviços de saúde e o que se demanda deles. De acordo com Camargo Jr. (1993), essa coincidência de objetivos se deve ao *modus operandi* dos médicos no desempenho de suas funções nas unidades de saúde, que, na prática, tem sido diversificado, na medida em que se ancora na ciência enquanto um componente que favorece a objetivação do que será investigado, ao mesmo tempo que se apóia em elementos subjetivos como mecanismo de aproximação e convencimento do paciente sobre suas condutas.

Destaca-se aqui a coexistência de uma multiplicidade de modos de operação da racionalidade médica ocidental contemporânea, que polariza sua forma de funcionamento em duas modalidades, isto é, como “ciência” e como “arte”. Para os médicos, essa polarização se dá com “uma tensão mal disfarçada mantida entre as duas”: de um lado, a valorização do estudo, da exatidão e da objetividade; por outro, a ênfase na experiência, na sensibilidade e no carinho. Situação semelhante acontece com os pacientes, pois de

algum modo isto se repete nos seus discursos, o primeiro eixo sendo representado pela necessidade de o médico “acertar”, e o segundo, pelo requisito da paciência e da atenção” (CAMARGO JR., 1997, p. 7).

Com efeito, nos relatos dos atores entrevistados em Volta Redonda é possível perceber que, ao se proceder ao exame clínico, bem como ao inquérito sobre suas queixas, estabelece-se no paciente-usuário a esperança do vínculo, do cuidado e da atenção. De outra parte, não existe uma definição precisa, dada pelos pacientes-usuários, do que seja doença, que tem sido observada recorrentemente como “algo” que desconhecem, mas que de alguma forma precisará de tratamento, sendo os médicos e os serviços os agentes responsáveis em dar soluções para resolvê-los.

A coerência entre as percepções e concepções dos profissionais e usuários, sobretudo entre médicos e pacientes, resulta de uma visão da medicina convencional ocidental, que “tem estreita relação com os referenciais mais gerais da cultura ocidental, sendo condicionada por estes, mas também integrando-os [...] a visão dos pacientes sobre doença e adoecer é, *mutatis mutandis*, a visão do doutrina médica” (CAMARGO JR., 1997, p. 8)¹⁰.

Reconhecer a coerência entre a visão do médico e a do paciente sobre doença é admitir a existência de um universo simbólico compartilhado, que no cotidiano das instituições de saúde tem obstaculizado, ainda que de maneira implícita, as mudanças nas práticas sanitárias no interior das instituições, como a interdisciplinaridade nas equipes de saúde. É justamente a implantação de equipes interdisciplinares no campo da saúde que tem constituído um dos maiores desafios, que o projeto político institucional proposto pela Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda prima em defender como estratégia de mudança das práticas de atenção à saúde do indivíduo. A secretaria concentra esforços para estabelecer condições que possibilitem ações interdisciplinares¹¹ nas unidades, com ampla abertura para o exercício profissional estimulando a integração entre os mesmos. Entretanto, a atuação ou mesmo a importância desses profissionais na atenção à saúde tem sido timidamente percebida pelos usuários que utilizam os serviços de saúde – ainda que os próprios profissionais médicos tentem convencer os usuários a mudar a permanente “preferência” pelo seu atendimento nos serviços de saúde.

O resultado é que, ao final das discussões, a “preferência” dos usuários pelos profissionais médicos não se restringe às unidades. Ela chega aos fóruns institucionais de participação e controle social de saúde – isto é, o

Conselho Municipal de Saúde e as Conferências Municipais de Saúde – como uma reivindicação constante, representada pela solicitação de contratações de mais médicos com conseqüente ampliação dos postos de saúde¹².

A Secretária Municipal de Saúde reconhece essa reivindicação, que considera “concreta e freqüente”, mas atribui como principal causa a própria concepção que os usuários têm sobre saúde e doença. O projeto político-institucional do SMV/VR se depara com esse limite da subjetividade e, ainda que esteja empenhado em reverter tal quadro, acaba cedendo e incluindo em suas metas institucionais a disponibilização de um contingente maior de médicos, com a ampliação das unidades de saúde. Com isso se estabelece um paradoxo: como propor alternativas técnico-políticas de organização das práticas em saúde, com vistas ao melhor atendimento das demandas por serviços de saúde, quando os princípios que norteiam a proposta não são plenamente reconhecidos no seu sentido político como uma proposta que pretende inverter o modelo medicalizante e hegemônico de prestar serviços de saúde? Parece que o conceito de “qualidade” do atendimento não é o mesmo para os técnicos e usuários dos serviços de saúde.

Ao menos se pode concluir que as concepções e representações sobre saúde e doença dos atores entrevistados tendem a ser independentes e que a saúde não é o inverso da doença. Os fatores são as situações, os contextos favoráveis à saúde, não sendo da mesma natureza que os mecanismos de diagnóstico, tratamento e até mesmo prevenção das doenças específicas.

Relação médico-paciente: o desencontro entre razão, técnica e emoção

A relação médico-paciente foi apontada por unanimidade pelos atores entrevistados como um dos principais problemas na difícil equação entre demanda e oferta nos serviços de saúde prestados nas instituições.

A gênese dessa problemática reside no fato de as relações pessoais serem pouco valorizadas nas ações de saúde, seja como recurso terapêutico no processo de cura dos pacientes, seja como elemento de interseção nas relações entre usuário/profissional, usuário/serviço e profissional e serviço. Essa situação não é nova, tampouco particular aos serviços dessa localidade, pois constatou-se em outros estudos que as relações pessoais entre usuários/pacientes e profissionais de saúde nos serviços são bastante valorizadas pelos primeiros, sendo identificadas como um potente indicador de qualidade

(CANESQUI, 1992; COHN *et al.* 1991; CAMARGO JR., 1997; SABINO, 1997; CONTE e MARTINEZ, 1997), o que não é visto da mesma forma pelos profissionais médicos.

Aqui o ponto em questão é a freqüente desvalorização do trabalho ambulatorial, que é malvisto pelos profissionais médicos e usuários dos serviços públicos de saúde. As explicações que originaram essa argumentação “giraram em torno da monotonia representada pelos casos ambulatoriais repetitivos (porque sempre limitados a um conjunto restrito de doenças e pouco desafiadores do ponto de vista profissional) e a falta de paciência, por parte dos médicos, que não tolerariam ouvir o que os pacientes têm a dizer” (CAMARGO JR., 1997, p. 6). O autor antecipa que esse comportamento dos profissionais médicos tem raízes na própria estruturação do campo médico, no sentido que Bourdieu dá a essa palavra, “pois a possibilidade de acumulação de capital simbólico – é a partir deste, das variedades mais concretas de capital – está, como em qualquer outro campo correlato, vinculada à atribuição de importância dada pelos próprios pares” (CAMARGO JR., 1997, p. 6).

Assim, a competência técnica na medicina e seu reconhecimento, pelos colegas de profissão e sobretudo pela sociedade, estariam na justa medida do grau de conhecimentos específicos acumulados na operação de um determinado instrumental tecnológico, cada vez mais sofisticado. Da mesma forma, da destreza em manusear técnicas de diagnóstico e terapêutica, capazes de habilitar o profissional a propor soluções de casos difíceis, tornando-o assim apto a conquistar posições mais elevadas na escala social. Com isso é possível explicar, ao menos em boa parte, o destaque do hospital e das tecnologias de ponta, no meio médico, pois no ambulatório, ainda mais no não-especializado, a ocorrência de casos “raros” é bastante reduzida, principalmente se considerarmos que, “ao contrário das enfermarias dos hospitais, o atendimento ambulatorial oferece ao médico poucas oportunidades para uma interação sistemática com os colegas, sendo inadequado à função de vitrine para exposição da competência” (CAMARGO JR., 1997, p. 7). Afinal, o hospital é uma instituição médica e de saúde, na medida em que carrega uma dupla função: primeiro, como principal difusor de conhecimento científico e estruturador do saber médico e, segundo, de campo para o exercício de práticas que enaltecem e incentivam a incorporação crescente de técnicas com alto grau de sofisticação, imprimindo um caráter indispensável a sua utilização nas instituições médicas e de saúde (BOLTANSKI, 1993; LUZ, 1986).

De outra parte, o representante dos usuários no CMS/VR afirma que a

desvalorização, por parte do médico, na relação com o paciente, se deve em grande medida à falta de uma formação específica voltada para a comunidade, o que considera fundamental para o estabelecimento do vínculo. Mas a percepção desse representante, no cotidiano dos atores nos serviços de saúde, parece ganhar outros contornos. Isto porque foi verificado que o ato de realizar um exame ou o fato de o mesmo ser solicitado pelos médicos no momento da consulta tende a ser compreendido como tratamento – atribui-se ao exame diagnóstico uma função terapêutica. E é mais fácil observar isso em determinadas áreas de atuação dos serviços de saúde: no caso de Volta Redonda, mais especificamente na área materno-infantil, o exame tem um significado distinto, mais importante, da mesma forma que a terapêutica. Sem contar que a utilização do exame complementar como recurso diagnóstico vem assumindo caráter essencial no estabelecimento de vínculos entre pacientes e médicos, atribuindo critério de qualidade aos serviços ofertados. Na opinião dos profissionais, essa situação tem gerado muitas distorções.

A importância dada pelo paciente ao exame complementar assume significado interessante na relação médico-paciente, sobretudo no processo de cura dos pacientes. Da mesma forma que Luz (1997), verificou-se que a realização de um exame ou mesmo a atenção dada pelo profissional foram consideradas pelos pacientes como parte do tratamento. Para ilustrar a questão sobre o exame diagnóstico, é interessante retomar o exemplo da ultra-sonografia gestacional (USG), que amplia a análise realizada pela autora. No caso de Volta Redonda, foi possível observar que esse exame, para as gestantes, possuía um significado distinto daqueles tecnicamente definidos pelos profissionais e técnicos. Esse significado simbolizava o alargamento da vida de seu bebê, quando antes não existia essa possibilidade concreta, sendo limitada a visualização do bebê ao nascimento propriamente dito. Por outro lado, não é à toa que a USG tem sido frequentemente utilizada pela mídia como um componente qualitativo do atendimento pré-natal, sobretudo como *spot* de divulgação nos meios de comunicação dos tipos de serviços oferecidos pelos planos e seguros de saúde privados.

Assim, a tônica da discussão sobre a relação médico-paciente redonda sobre o eixo *competência médica e atenção*, sendo esta, na grande maioria dos casos, referida como sensibilidade e carinho que o profissional tem, ao dedicar-se à medicina como “arte de curar”.

Por último, existe um aspecto inerente ao processo de trabalho médico e suas práticas no interior das instituições de saúde, que diz respeito às características institucionais de organização e administração dos profissio-

nais, ou seja, à lógica dos vínculos trabalhistas na área de saúde. Um dos motivos que contribuem para a degradação da prática clínica e sanitária é a generalização, no país, do costume de médicos e enfermeiras trabalharem em regimes de turnos (plantão), reduzindo-se bastante a disponibilidade de profissionais diaristas, pessoas que estejam mais presentes nos serviços (centros de saúde, enfermarias) durante a maior parte dos dias da semana (CAMPOS, 1999; MACHADO, 1996 *apud* CAMPOS, 1999). Machado (1996, *apud* CAMPOS, 1999) constatou, numa pesquisa nacional, que 48,8% dos postos de trabalho para os médicos estruturam-se em forma de plantão, quando seriam previstos no máximo 20%, se esse tipo de vínculo se restringisse ao turno da noite e aos serviços de emergência.

É por referência a essa relação funcional-laboral que as formas organizacionais da força de trabalho em saúde são componentes fundamentais na relação da demanda com a oferta, no que concerne ao estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários, e destes com os serviços. A fragmentação das jornadas de trabalho em turnos, os baixos salários e reduzidas oportunidades de reciclagem de conhecimentos já são de longe velhos conhecidos dos formuladores de políticas e de gestão em serviços, como inibidores de mudanças nas práticas no interior das instituições. Portanto, se não houver modificações organizativas que garantam a fixação do profissional e proporcionem condições de atualização de seus conhecimentos, um novo rearranjo institucional não conseguirá auxiliar na superação dos limites e desafios de mudanças de práticas capazes resgatar a relação médico-paciente, num contexto mais amplo de terapêutica.

Conselho Municipal de Saúde: a institucionalização da demanda social ou da demanda política?

Os Conselhos de Saúde deverão constituir-se como instâncias de ação política, com a finalidade de ampliar o controle e a participação social na gestão do SUS, juntamente com outros instrumentos participativos. Mais do que atender a esse preceito jurídico-institucional, os Conselhos de Saúde foram criados, no âmbito do SUS, também para servir de canal de vocalização de denúncias e demandas populares por saúde nas localidades.

O CMS/Volta Redonda foi criado no bojo do projeto político institucional “Em Defesa da Vida”, para a implantação do SUS na localidade, numa perspectiva de reestruturação político-administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, estando calcado na proposta de gestão participativa dos serviços

de saúde locais. A composição do Conselho é mista e paritária, conforme os moldes estabelecidos pelas Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90, que institucionalizam e regulamentam a participação e o controle social da sociedade no âmbito do SUS. A representação dos usuários deve ser de 50% em relação ao total dos membros, sendo que os profissionais de saúde e os prestadores de serviços (incluem-se aqui os representantes do governo municipal) representariam 25% cada um, respectivamente.

Diferentemente de outros Conselhos Municipais de Saúde existentes no país, as entidades que compõem o CMS/Volta Redonda não são definidas *a priori* por legislação municipal. As indicações dos membros do Conselhos são renovadas nas Conferências Municipais de Saúde, que ocorrem a cada dois anos. Uma forma que foi definida consensualmente pelos usuários – na opinião deles, esta garantiria a renovação dos quadros – e que ajudaria a impedir a cristalização de interesses. É histórica a organização do movimento popular no município de Volta Redonda, o que dá um caráter plural às representações dos segmentos populares em fóruns políticos e institucionais, tais como o Conselho Municipal de Saúde. Cabe assinalar que a dinâmica do funcionamento desse conselho vem conjugando práticas políticas muitas vezes distintas, evidenciando uma estreita relação entre mobilização popular e sistema institucional, isto é, os partidos políticos. É útil lembrar que a proximidade dos movimentos populares e associativistas com o sistema institucional de representação política, os partidos políticos, não é recente. Desde os anos 80, “vem ganhando cada vez mais espaço o entendimento que se reporta a uma contigüidade com o processo de institucionalização da participação via direitos sociais, percurso no qual se opera, por consequência, uma aproximação com os partidos [...] que têm nas lutas sociais pelos direitos, sendo este o substrato para elaboração de pautas políticas” (RUSCHENSKI, 1999, p. 16).

Mais do que isso, é perceber a existência de uma nítida influência dos partidos políticos na área da saúde, via fóruns institucionais, como os Conselhos de Saúde. No estudo realizado sobre a dinâmica do funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde foram mapeadas essas relações, constatando-se a grande interferência que os discursos partidários exercem no processo decisório sobre a política e a gestão dos serviços de saúde locais (PINHEIRO, 1995). A forma de atuação dos partidos políticos se relaciona, em grande medida, com o estilo de representação¹³ adotado, que variará de acordo com as características da cultura política local, que nada mais é do que a expressão da cultura política nacional.

Nos municípios que adotaram estilos participativos de gestão, tais como Angra dos Reis e Volta Redonda, ocorreu uma disseminação de fóruns institucionais de participação popular em diversos níveis de governo, tendo a saúde um número maior de instâncias não-jurídicas de participação e controle social (PINHEIRO, 1995). Com efeito, Ruschenski (1999) destaca que, sob os auspícios de governos com propostas de participação na gestão das políticas, tem-se verificado um intento maior de institucionalização de mecanismos intermediários, como conselhos, fóruns, orçamento participativo, entendidos como canais de escuta das aspirações populares e implementação governamental equalizadora para o atendimento das demandas sociais.

Contudo, existem críticas, por parte dos próprios movimentos populares, sobre essa questão. Qualquer forma de institucionalização dos movimentos sociais ou de lutas pelos direitos sociais pode vir a comprometer a autonomia do próprio movimento, o que configuraria uma estratégia de cooptação por parte dos governos. Não se quer dizer com isso que os partidos não tenham importância histórica ou social. Os partidos políticos e outros agentes, assim como o patamar da consciência social e o contexto histórico, desempenham um importante papel para eclosão das lutas sociais, pois refletem uma dimensão dos conflitos entre classes e grupos cuja causa está na desigualdade social engendrada pela forma como a sociedade ocidental se organizou por meio do capitalismo. Afinal, é a partir dos conflitos sociais que se articulam carências, demandas, contradições, níveis de consciência, graus de organização e condições históricas. No entanto, a questão que se coloca aqui, de difícil definição, são as fronteiras que nem sempre se apresentam distintas, entre ator político e ator social, especialmente pela característica da dupla militância, que, por exemplo, os representantes nos Conselhos de Saúde têm, sobretudo em atender às demandas, tanto dos movimentos/associativismos como dos partidos políticos. Seria uma espécie de “metamorfose da cidadania”, que concebe a possibilidade do exercício do ator social como ator político e vice-versa, na defesa dos direitos sociais (RUSCHENSKI, 1996b).

Com a inscrição dos direitos constitucionais, os governos que primam por sua legitimidade e elegibilidade na disputa eleitoral se vêem diante da necessidade não somente de ampliar seus canais de escuta das demandas populares, como de diversificar suas estratégias de intervenção, por meio da negociação. Isso implica uma composição interna da própria diversidade, de programas sociais pertinentes e de formulação de propostas mais adequadas aos patamares de cidadania (RUSCHENSKI, 1999).

Na prática política, a negociação pode significar alianças com distintos

partidos políticos, mas que compartilham ideários e compromissos políticos assumidos frente à população. Por exemplo, em Volta Redonda, a chapa eleita é uma coligação de partidos de esquerda (PSB-PT), a Secretaria Municipal de Saúde é filiada ao Partido dos Trabalhadores e adotou um estilo participativo de governar próprio daquele partido. Todavia, a implementação de políticas públicas equânimes, capazes de atender às demandas sociais apresentadas pela população, tem sido um desafio diário para dirigentes, técnicos e profissionais dos serviços de saúde, mesmo para esse projeto político-institucional. Daí pode-se perceber que as transformações obtidas, em particular por esse estilo de gestão participativa, têm criado condições de melhor visibilidade para as contradições e conflitos, tão necessários à dialética dos atores envolvidos no cotidiano das instituições de saúde. Além do mais, o funcionamento dos Conselhos tem possibilitado a difusão de um certo entendimento da vida política e do poder, sobretudo do processo decisório no âmbito das políticas públicas.

Talvez a maior dificuldade da institucionalização da participação, enquanto política, seja a ausência de uma análise mais crítica e esclarecedora das implicações das decisões que legitimam certas demandas apresentadas. Os aspectos da cultura política local, bem como os aspectos sociais e econômicos, devem ser incluídos nas discussões. Caso contrário, estar-se-ia diante de uma armadilha institucional, que reitera e reafirma traços marcantes da história das políticas de saúde no país, como por exemplo a tendência medicalizante da oferta de serviços de saúde.

Programa de Saúde da Família: os desafios para construção da integralidade nos serviços de saúde

Durante a trajetória de análise das falas e práticas enunciadas pelos atores envolvidos na relação entre oferta e demanda, pode-se perceber a persistência de antigos problemas e limites, que no cotidiano das instituições de saúde têm dificultado em grande medida as transformações das práticas sanitárias e da medicina, numa perspectiva de mudança efetiva do modelo assistencial de saúde. Evidente está que tais problemas e limites se relacionam com contextos desiguais, nos quais habitam distintas percepções e concepções sobre o processo saúde e doença, o que tem gerado descompasso ou mesmo desencontro entre os objetivos e aspirações dos atores envolvidos. Esses contextos se referem às dimensões econômica, cultural, social e política, nos quais a ação em saúde se apresenta como um

espaço de representação de interesses, desejos e sentidos. O cotidiano das instituições de saúde é o lugar comum onde, por um lado, se vivenciam conflitos e constata-se limites e dificuldades, e que, de outro, pode transformar os atores em autores de projetos inovadores de construção de novas realidades em saúde. Desse modo, parte-se do pressuposto de que a estruturação, o funcionamento organizacional e a ordenação específica dos processos de trabalho no interior das instituições de saúde podem ser desconstruídos e recriados cada vez e de novo, todos os dias, pois são socialmente produzidos (CAMPOS, 1999; MARX e ENGELS, 1996).

Nesse sentido, este item se reporta à análise do PSF, obedecendo às dimensões anteriormente citadas – relação demanda e oferta nos serviços de saúde. Como se disse no início, o PSF apresenta objetivos institucionais que tratam de um compromisso explícito de mudança no modelo de atenção à saúde prestada à população. Segundo os técnicos da SMS-VR, a opção pela implantação dessa iniciativa na área da atenção básica de saúde tinha como objetivo a inversão da lógica dominante do modelo vigente na rede básica de saúde, pois o corpo técnico da Secretaria reconhece que as transformações realizadas no sistema municipal de saúde não foram suficientes para enfrentar os problemas e limites postos no dia-a-dia das instituições de saúde.

Saúde da Família em Volta Redonda: uma estratégia de inversão do modelo para “defender a vida”

Nos depoimentos dos entrevistados (usuários, profissionais e técnicos), verificou-se a existência de um consenso: o PSF é uma estratégia que reúne os elementos habilitadores para a construção de um modelo assistencial, capaz de romper com a hegemonia do modelo vigente, isto é, um modelo marcado por uma forma de atuação de natureza predominantemente hospitalar, centralizado no atendimento médico e com uma visão biologicista do processo saúde-doença. O principal resultado disso já é sabido pela maioria: o uso de procedimentos com maior densidade tecnológica e a conseqüente elevação dos recursos necessários para sustentá-la.

O primeiro elemento que se destaca nessa estratégia de intervenção é a mudança do objeto de atuação dos atores envolvidos com atenção à saúde, que desloca o foco de sua atenção, procurando centralizar as ações não somente no cuidado individual, mas no cuidado da família, núcleo que é o *locus* para as atividades de planejamento, gestão da assistência e de práticas

em saúde. É essa centralidade na família, objeto de atuação dos profissionais e gestores de serviços, que tem na associação indivíduo / espaço / domicílio, de acordo com os formuladores do programa em nível nacional (o Ministério da Saúde), a idéia que melhor retrata o contexto sócio-histórico em que os indivíduos estão inseridos (BRASIL, 1996).

Na prática, essa dimensão tende a ganhar visibilidade a partir de diretrizes operacionais, que se iniciam com a realização de um mapeamento das comunidades, diferenciadas de acordo com o grau de risco de saúde na população adscrita. Tal mapeamento consiste no cadastramento das famílias, que visa a reunir informações sobre os aspectos sociais, culturais, sanitários e econômicos do modo de vida de uma população delimitada. Esse procedimento operacional teria o objetivo de subsidiar as equipes de Saúde da Família com os elementos considerados por elas como básicos no exercício das responsabilidades a elas atribuídas, entre as quais o restabelecimento de um novo tipo de relacionamento entre usuários, profissionais e serviços – isto é, entre a oferta e a demanda.

De fato, em Volta Redonda, para as equipes de Saúde da Família, o momento de realização do cadastramento das famílias possibilitou o acesso a conhecimentos mais sistematizados sobre os problemas sanitários e sociais da comunidade, além de permitir o delineamento do perfil de indivíduos no seu espaço familiar, tão necessário à formulação das intervenções a serem realizadas pelo programa. É importante observar esse procedimento, pois dele resultará a adscrição da clientela – diretriz operacional do PSF, pela qual se pretende organizar a oferta e definir a demanda. Por sua vez, a questão do acesso dos usuários a esse tipo de serviço também se encontra “delimitada”, o que tem ocasionado, no cotidiano dos atores nas instituições de saúde, restrições à demanda em nome da primazia da qualidade das ações a serem prestadas. Segundo documentos oficiais, o acesso dos usuários ao PSF deve ser garantido ao conjunto de famílias que habitam uma área delimitada, pelas quais deverão ser responsáveis as equipes de Saúde da Família, não sendo permitido o atendimento de outras famílias que não façam parte daquela “jurisdição” ou que pertençam a outra equipe do programa. Portanto, as famílias que estiverem em área não destinada ao funcionamento dos módulos do programa serão encaminhadas aos postos e serviços da rede básica de saúde. E é assim que funciona a adscrição da clientela do PSF em Volta Redonda.

Com isso evidencia-se uma tensão entre os conceitos e princípios do

sistema, nos quais a definição de adscrição pode conflitar, em certa medida, com o princípio da universalidade, devido à colocação de fronteiras pelas diretrizes operacionais do programa. No entanto, na percepção dos formuladores e implementadores de políticas locais e nacional (PMVR/SMS, 1997; BRASIL, 1996) e dos membros das equipes, esse conflito pode ser relativizado pela busca do equilíbrio. Portanto, deve ser negado o caráter de exclusão que a radicalidade da utilização desses termos (adscrição e universalidade) possa vir a trazer. Para os profissionais, a priorização e mesmo focalização da atenção nada mais são do que uma estratégia de enfrentamento de problemas emergenciais, que afetam determinadas faixas da população mais expostas a fatores de risco, seja por questões econômicas, sociais ou mesmo culturais. É essa característica do programa que os profissionais e técnicos apontam como sendo um aspecto positivo, pois o número de famílias determina a qualidade dos serviços prestados pela população. Por outro lado, parece que os tipos de serviço organizados e oferecidos não apresentam diferenciação entre as unidades básicas de saúde e módulos do PSF. É bem verdade que podem existir situações de famílias cadastradas procurarem outros serviços, diferentes daqueles oferecidos pelos módulos do PSF, não sendo portanto controlados por este. Isto implica afirmar que os instrumentos operacionais (por que não gerenciais?) de organização da oferta e definição da demanda não são suficientes para garantir a adesão das famílias-usuárias ao programa.

Ao contrário, talvez a delimitação das fronteiras na prestação do cuidado, seja pelo agendamento ou pela captação, pode não atender ou mesmo satisfazer a essas famílias, na busca por serviços de saúde. Na verdade, a questão do acesso diz respeito à disponibilidade, ao tipo, à localização geográfica dos equipamentos sociais destinados a atender às demandas sociais da população, o que certamente em áreas com tantas deficiências acaba por se conciliar com as diretrizes do programa. A fixação dos profissionais nas áreas delimitadas e a oferta de serviços de saúde no domicílio dos familiares usuários constituem elementos-chave para implantação e funcionamento do programa. Não por acaso, a implantação dos módulos de saúde em Volta Redonda tem-se dado em áreas de grande concentração populacional, com enormes carências sanitárias e sociais, nas quais as questões sobre acessibilidade aos serviços de saúde possuem estreita relação com o deslocamento da família, sobretudo com malha viária existente nessas comunidades, pois é através dos transportes coletivos que se dá a busca por equipamentos

sociais – neste caso, a saúde.

Se é claro que as preferências dos usuários que demandam serviços de saúde enveredam para aquelas unidades com nível de complexidade maior, ou seja, hospitais e ambulatórios especializados, a busca nas capitais passa a ser mais intensa e exponencialmente mais complexa do que em localidades que apresentam outro perfil. Assim, o PSF tende a “concorrer” com os demais serviços, aqueles de maior complexidade, numa competição desigual, na qual os resultados podem restringir sua eficácia social. Afinal, já foi discutido que a demanda significa a busca de um serviço pelo indivíduo; reside na sua procura por instituições que garantam o atendimento, se possível próximo a sua moradia, ao mesmo tempo em que deve ser resolutiva em suas ações, pois já é reconhecido o fato de que a população sabe o que quer e escolhe o bem ou serviço que deseja adquirir.

É importante observar tais pressupostos, pois essas definições operacionais podem, na prática, comprometer o cumprimento efetivo dos objetivos dos programas, entre os quais o principal deles, garantir a *integralidade como eixo condutor das práticas em saúde*. Em Volta Redonda, verificou-se nos depoimentos dos entrevistados que o número de famílias estabelecido pelo Ministério para implementação do PSF nos municípios é excessivo, devendo-se repensar a proporcionalidade entre usuários famílias e equipes de PSF. Todos os médicos, na sua maioria, assim como os demais membros das equipes, disseram realizar um enorme “esforço pessoal” para garantir condições mínimas de atendimento à demanda dimensionada. Ainda que se realize a captação da clientela pelos agentes comunitários, parece ser insuficiente o número de profissionais destinados a cobri-la. Vale destacar que a problemática apresentada pelo depoimento desse médico remete à discussão, citada anteriormente, sobre a influência de outros contextos (sociais, culturais e econômicos), que são perfeitamente percebidos pelas próprias características do programa (indivíduo no espaço domiciliar) como um dado concreto da realidade a ser enfrentada no cotidiano dos atores na relação entre demanda e oferta por serviços de saúde.

Por exemplo, o fluxo migratório de pessoas de outras regiões e estados, que buscam emprego – ou, melhor dizendo, “mudar de vida” com as oportunidades que supostamente são oferecidas pela cidade-símbolo da industrialização do país, que é Volta Redonda – tem contribuído para a instalação desse quadro. No cotidiano isso tem surtido efeitos perversos: um número

reduzido dessas pessoas terá acesso a oportunidades de trabalho ou mesmo de moradia; por sua vez, aqueles que forem excluídos do acesso a essas oportunidades acabam ficando em condições piores do que se encontravam antes, sem dinheiro para retornarem aos locais de origem, sendo obrigados a se alojar na própria cidade.

Os locais de alojamento dessas pessoas, na maioria das vezes, são residências de parentes e amigos que tiveram a mesma iniciativa, que por um motivo ou outro também foram excluídos ou viram suas oportunidades de ascensão ou manutenção de seus vínculos laborais completamente cerceadas ou destruídas. Justamente nesses locais, geralmente mais populosos, se instalaram alguns dos módulos de Saúde da Família em Volta Redonda. Na verdade eles não são somente populosos, mas carentes, e as equipes de Saúde da Família convivem com toda ordem de agravos, em grande parte originados pelas precárias condições de vida a que as pessoas estão submetidas. Mesmo com todas essas dificuldades, parece que o programa tem logrado resultados positivos, que são reconhecidos pelos profissionais e usuários da localidade.

É bem verdade que as estratégias de organização da oferta dos serviços prestados pelos profissionais do PSF possuem semelhanças com a da rede básica. O agendamento é utilizado como recurso operacional para ordenamento das demandas apresentadas pela população, sendo, da mesma forma que as UBS, pautado em programas de controle de doenças crônico-degenerativas (hipertensão e diabetes). Porém, é possível perceber que as diferenças qualitativas entre as UBSs e os módulos do PSF residem na multiplicidade de relações e interações entre os atores envolvidos com a oferta e demanda por serviços de saúde. A principal delas consiste no estreito e intensivo contato do profissional com a comunidade, no qual a participação do agente comunitário tem sido fundamental para o fortalecimento da relação equipe / serviço / usuário.

Para explicitar essa questão, Schraiber (1999) pode nos auxiliar com sua afirmação de que a interação dos agentes permite construir um projeto assistencial com a equipe de trabalho, “onde e como pode atuar” no que se refere às necessidades de saúde dos usuários. O caráter multidisciplinar que marca a estruturação das equipes do PSF tende a convergir para a idéia da autora de complementaridade e interdependência, do eixo estruturante do saber em saúde, isto é, a prática médica, pela qual são circunscritas às relações de poder e evidenciam sua desigualdade face à autonomia profissional – legado histórico e socialmente atribuído aos médicos. Ao mesmo

tempo, verifica-se que muitas atitudes tomadas pelos usuários se relacionam com uma descrença dos serviços públicos de saúde oferecidos à população. A disponibilização do médico passa a ser o principal indicador de eficácia dos serviços prestados, seja por sua presença permanente na unidade, seja por sua disponibilidade de realizar um atendimento humanizado e capacidade resolutiva dos problemas de saúde apresentados no dia-a-dia.

É interessante perceber que, como foi registrado no diário de campo, os profissionais da equipe de Saúde da Família realizam esforços, organizando e promovendo ações que visam à mudança da relação profissional, usuários e serviços, sobretudo na relação médico-paciente. Para os membros da equipe, a mudança na relação deve fazer parte da convivência diária desses atores, pela qual vão sendo construídos e reconstruídos tantos os vínculos institucionais como os terapêuticos. No entanto, existem algumas contradições, identificadas nos depoimentos dos profissionais, no que diz respeito à “filosofia do programa”. Esta é descrita por meio de concepções, percepções e termos tradicionais, tais como “ir em busca dos doentes”, “fazer o diagnóstico da patologia de cada pessoa”, “o retorno dos hipertensos e diabéticos”, o que traz à tona toda a discussão sobre a representação de saúde, doença e cura, pela qual se evidencia um imaginário simbólico, portador de significados limitadores de novas formas de abordar a atenção à saúde.

Mais do que isso, é observar que essas representações e percepções tendem a ser relativizadas pelas relações interpessoais no cotidiano dos atores, em função do objeto de atuação, isto é, a família e o modo de operação, por meio da participação da comunidade no planejamento e gestão das atividades realizadas pelas equipes do PSF. No caso de Volta Redonda, parece que a humanização das práticas de saúde e a busca da satisfação do usuário, através do estreito relacionamento das equipes com as comunidades, têm contribuído em grande medida para a ocorrência dessa relativização. Os instrumentos operacionais do planejamento e gestão ganham outros contornos na sua definição, pois deixam de ser justificados como objetos estanques sem conexão da realidade e passam a ser politizados, vistos como mecanismos organizacionais de grande utilização para a difusão, promoção e produção das ações de saúde, o que, para os profissionais das equipes de Saúde da Família, tem ajudado de maneira substancial na organização da oferta e do relacionamento com a demanda.

De fato, a “boa” receptividade da clientela aos serviços oferecidos pelo PSF relaciona-se não somente com a empatia entre membros da equipe e

usuários da comunidade, mas também com a busca pelo restabelecimento de vínculos de confiança pelo processo de trabalho em saúde, sendo os agentes comunitários os principais responsáveis por essas ações. Assinala-se que esses aspectos foram vistos como positivos no material empírico estudado, não somente pelos membros das equipes, mas principalmente pelos usuários, tendo sido registrados nas observações de campo como um elemento fundamental na construção de uma nova relação serviço / profissional / usuário. Isto não quer dizer que as relações interpessoais, em que pese sua importância como indicador de qualidade do atendimento, não inibem os conflitos que porventura possam surgir na correlação de forças entre os atores. Mesmo porque esses conflitos tendem a ser mediados e intermediados em espaços institucionais participativos, tais como o conselho gestor de unidade, que busca a permanente atualização das prioridades e equação dos problemas existentes no cotidiano desse serviço.

É interessante notar que essas relações (interpessoais) tendem a legitimar, social e politicamente, o projeto como uma estratégia positiva e renovadora de novas posições no enfrentamento da problemática na área da saúde. No entanto, sua confirmação pode ser questionada, na medida em que essas relações e seus efeitos não podem ser mensurados e mesmo atestados por metodologias econométricas. Pelos motivos já expostos, existem questões no cotidiano do atores na relação entre oferta e demanda que não são redutíveis à racionalidade econômica, base do planejamento e gestão convencional. Isto autoriza dizer que a gestão participativa inova e dá condições para a realização de avaliações mais próximas da realidade cotidiana.

Todavia, as percepções sobre “doente” e “doenças” não se modificaram nos discursos dos atores, com a implantação do programa. Embora a filosofia e o objeto de atuação dos profissionais e serviços sejam distintos dos serviços tradicionalmente oferecidos nas UBS, o material simbólico que carregam os atores envolvidos na relação entre oferta e demanda não se distingue de seus conceitos e percepções sobre doença e saúde – ou seja, uma racionalidade médica centrada na categoria doença, com forte apelo às definições oriundas do campo da biologia. Apesar das contradições entre as percepções biologicistas do processo saúde e doença, por parte dos profissionais e usuários, e a humanização das práticas em saúde desenvolvidas pelo programa, consta nos depoimentos que a relação entre esses atores parece ser satisfatória para todos. Mais uma vez confirma-se a correspondência entre aquilo que se oferece e o que se demanda, agora de uma maneira talvez mais totalizante. Essa visão mais totalizante se dá na busca

da união da prática clínica com a prática sanitária, por meio da ênfase da saúde nos aspectos de promoção e prevenção, pelos quais são enaltecidos e transformados em falas e práticas, que buscam reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e que se traduz em qualidade de vida. Nada mais representativo desse reconhecimento do que a incorporação de membros da comunidade na decisão das prioridades em saúde no seu bairro, ou até mesmo sua participação direta na prestação do cuidado, como o caso dos agentes comunitários.

Mais do que isso, é o firme propósito de alguns profissionais médicos às equipes de Volta Redonda, de resgatar a relação médico-paciente, pela reconciliação de saberes historicamente considerados opostos: a medicina social / preventiva (leia-se saúde pública) e medicina assistencial / curativa (leia-se clínica – para outros, a “arte de curar”). Nos depoimentos da representação dos usuários do CMS/Volta Redonda, essa “postura” se deve ao fato de a equipe, em particular os médicos, ter uma formação comunitária e não “empresarial” das questões concernentes ao objeto saúde. A sustentação e a manutenção da proposta do PSF estão na razão direta do perfil dos seus profissionais. Isso coloca a questão dos recursos humanos como o segundo elemento de destaque a ser analisado na defesa do PSF como uma estratégia de modificação de práticas e gestão da atenção à saúde da população.

No caso de Volta Redonda, realizou-se uma detalhada pesquisa, que os profissionais denominaram de “caracterização do perfil do profissional do PSF”, através da qual foram estabelecidos alguns atributos habilitadores dos profissionais para a formação das equipes de Saúde da Família. O primeiro deles diz respeito ao local de moradia dos membros das equipes.

Assim como o local de moradia, a disponibilidade e dedicação exclusiva dos profissionais também foram exigidas como pré-condições para entrada dos profissionais no programa, o que nos seus depoimentos se justifica por sua diferenciação salarial perante os demais profissionais da rede. No caso de Volta Redonda, chega a ser o triplo do salário-base. De modo semelhante, observa-se que na divisão de tarefas e de atividades no processo de trabalho, segundo relatos dos entrevistados, a organização desse processo é realizada de acordo com os atributos pessoais e profissionais de cada um dos membros da equipe. Como diz a coordenadora do módulo do PSF em Volta Redonda: “a grande diferença aqui, da UBS, é que é tudo organizado em reuniões de equipe”.

Muitos relatos foram realizados, apontando como principal mote para levar a cabo o modo de organização e realização das atividades pelo PSF,

o fato de as equipes terem sido submetidas aos treinamentos prestados pela SMS-VR, o que permitiu aos profissionais conhecerem o sistema e o funcionamento dos níveis de complexidade existentes na rede de serviços de saúde como um todo. E mais, deu condições para o estabelecimento de intercâmbios e trocas de experiências profissionais, sobretudo a construção de relações interpessoais entre os membros das equipes, no sentido da unificação dos objetivos em torno do programa. Embora fosse prerrogativa institucional prevista para a adesão dos municípios ao programa, inclusive para repasse de recursos financeiros desse modelo de atendimento, no caso de Volta Redonda, os conteúdos e as atividades promovidas na capacitação das equipes foram realizados com apoio exclusivo da Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura Municipal, sem participação de outras instâncias de gestão do sistema.

No que concerne à participação da comunidade na implementação e funcionamento do programa, pode-se dizer que desde o início a SMS-VR apresentou, nas reuniões realizadas em diversos fóruns de participação no sistema municipal de saúde, discussão sobre a implantação desse modelo de atendimento na localidade. Segundo depoimentos do representante dos usuários para implantação do PSF em Volta Redonda, foi necessário realizar vários debates e discussões, por entender ser um “novo modelo de atendimento provido pelos serviços públicos de saúde”, item de pauta de inúmeras reuniões no CMS/VR.

Nota-se que há uma oposição entre “novo” e “velho” modelo, citada pelo representante dos usuários, que parece estar relacionada às concepções e percepções embutidas nos modelos de assistência à saúde, cujas práticas desenvolvidas pelos atores no cotidiano dos serviços tendem a ser reproduzidas na oferta de serviços de saúde e correspondidas pela demanda por esses serviços.

Mais uma vez, trata-se de concepções e percepções sobre saúde, doença e cura, que no caso do “velho” – isto é, do velho modelo de assistência à saúde – tende à reafirmação da idéia do processo saúde e doença numa visão biologizante, com intervenções altamente especializadas e tecnificadas. Mas é esse modelo que a população conhece e demanda, e com ele se identifica, ainda que sua eficiência e eficácia social sejam reduzidas. Haja vista que o padrão de reivindicação das demandas apresentadas nas instâncias de participação do programa continua caminhando para a reiteração do “velho modelo”. Para além das relações interpessoais dos atores envolvidos com a oferta e demanda no PSF, nas quais se advogam conflitos e desejos,

existem problemas bastante objetivos que incidem de maneira decisiva no grau de resolutividade do PSF. Destaca-se aqui a garantia de funcionamento do sistema de referência e contra-referência para os usuários pacientes adscritos e que, mais uma vez, o médico especialista é citado como responsável pela ineficiência do sistema.

Contudo, vale lembrar que o problema de se estabelecer um sistema de referência e contra-referência que atenda às demandas oriundas do PSF, assim como àquelas encaminhadas pela rede de atenção básica, não é uma exclusividade da localidade de Volta Redonda, mas dos sistemas municipais de saúde como um todo. Na verdade, as causas desse nó institucional no sistema são complexas, pois lidam com questões de caráter cultural, econômico e social, historicamente determinadas pelas “formas de fazer políticas”. Suas principais dificuldades consistem na difícil disponibilização de determinadas especialidades, normalmente aquelas de grande densidade tecnológica e manipuladoras de instrumental de alto custo; e também na falta de conhecimento (ou compromisso), do próprio profissional médico, da sua importância para o funcionamento do sistema na sua totalidade. Afinal, é um dos principais problemas verificados na garantia da integralidade das ações nos serviços de saúde.

Em certa medida, a discussão acerta em cheio na capacidade de resolutividade, não do programa, mas do sistema, fazendo surgir o seguinte questionamento: a redução do número de encaminhamentos ao sistema de referência e contra-referência pelos médicos do PSF (sendo este considerado um fator positivo de resolutividade) decorre da elevada capacidade técnica das próprias equipes em resolver os problemas, ou pelo conhecimento antecipado de que o sistema de referência é ineficiente ou inexistente? A discussão não é objeto deste trabalho, mas não se pode negar a urgência de estudos que revelem os meandros dessa problemática, tendo em vista sua relevância no funcionamento do sistema e na organização de suas ações em saúde.

No que diz respeito ao tratamento, pode-se perceber que o medicamento é o principal recurso terapêutico das equipes da Saúde da Família, mas não o único, pelas próprias características defendidas pelos objetivos do programa. Essa observação não é nova. Camargo Jr. (1997) constatou, nas análises dos aspectos comparativos entre as diferentes racionalidades, que na biomedicina ou, melhor dizendo, na medicina convencional, o medicamento

é amplamente valorizado como instrumento terapêutico. Sem contar que a resolutividade foi freqüentemente apontada pelos entrevistados como fator preponderante na obtenção de resultados junto ao programa, que no caso de Volta Redonda parece não constituir um problema. Não é por acaso que tem crescido cada vez mais a incorporação do uso de fitoterápicos pelas equipes do PSF no país, como o caso no modelo de Cuba. No entanto, os médicos dessa localidade acham que sua aplicabilidade no país não se concretiza na prática, sobretudo pela cultura existente, na qual compartilham, profissionais e usuários, da representação do medicamento enquanto recurso único e universal.

À guisa de conclusão

Este trabalho partiu da premissa que, no cotidiano dos atores nas instituições de saúde, encontram-se os elementos constitutivos das categorias oferta e demanda. Estas foram conceitualmente reconstruídas para verificar, na dinâmica do funcionamento dos serviços, os avanços e limites do processo de reformas dos sistemas de saúde, no âmbito local, assim como permitir a identificação das traduções que assumem nos modelos de assistência à saúde e as práticas ali desenvolvidas. Nesse sentido, utilizar as práticas no cotidiano dos atores em sua atuação na relação oferta e demanda como campo de estudo sobre os sentidos, limites e possibilidades de construção da integralidade é útil e pertinente para avançarmos sobre o entendimento desse termo na atenção e no cuidado em saúde.

Mais do que isso, é perceber que existem obstáculos concretos à construção de um “SUS legal”, que representam verdadeiros desafios de garantir a integralidade nos serviços de saúde. O primeiro deles refere-se às precárias condições de vida da população que busca os serviços de saúde. Pelo menos até a primeira metade da década de 70, a sociedade ocidental se assentava no trabalho fabril / industrial, o que imprimiu, nas relações sociais, valores, sentidos e desejos. A figura do homem trabalhador e chefe de família torna-se central na cultura, ocupando lugar de destaque no conjunto das políticas de Estado, sendo ele, portanto, rodeado de dispositivos de proteção social. Esses dispositivos¹⁴ asseguravam uma renda familiar mínima quando em situações de risco, como aquelas provocadas pelos acidentes de trabalho, doenças e envelhecimento (VIANA, 1998).

Nos anos 90, o cenário se diferencia; o plano econômico torna-se o

assolho das ações e políticas do Estado, que, sob o signo da eficiência, estabelece como lema a maior resolutividade dos serviços com custos mínimos (VIANA, 1998; FLEURY, 1995). Parece claro o surgimento de uma “nova pobreza”, agora urbana, no cenário nacional. Se antes a pobreza era relacionada às imagens da miséria das populações residentes nos sertões nordestinos, hoje a sua imagem vem servindo de “cartão postal” para as grandes cidades, partidas pela desesperança, por sua vez causada pelo medo e pela insegurança financeira.

Ainda assim, observadas as devidas proporções, do ponto de vista da oferta de serviços de saúde é possível dizer que a SMS-VR tem obtido alguns avanços na reorganização dos serviços de saúde da região do Médio Paraíba. Além de alcançar a condição de gestão máxima relacionada com o seu nível (Plena do Sistema Municipal, atendendo aos requisitos da Norma Operacional Básica 01/96, para adesão ao SUS), proporcionou condições que favorecem a integração regional, por meio do estabelecimento de mecanismos de controle e avaliação das ações desenvolvidas, redimensionando a oferta com racionalização de recursos, desde já considerados escassos¹⁵.

A notoriedade de tal condição, no caso de Volta Redonda, consiste na busca persistente, por parte do corpo político e técnico municipal, de continuidade das metas políticas implementadas ao longo da história de sua construção. Mais do que isso, é o entendimento de que a política de saúde deva ser constituída de ações voltadas para o fortalecimento do setor público, nas quais a figura do gestor municipal do sistema de saúde tem papel fundamental, assim como nas decisões sobre a oferta de serviços a serem prestados à população. Todavia, quando observados os meandros do cotidiano dos atores nas instituições de saúde, percebe-se que existem limites e obstáculos para efetivar as transformações ocorridas no sistema municipal de saúde como um todo. Desde a organização do atendimento, até a busca pela integralidade das ações de saúde, foi possível apreender aspectos que inibem ou mesmo anulam as conquistas obtidas. Tais aspectos se referem em grande medida a culturas políticas e institucionais historicamente determinadas, em contextos adversos àqueles vivenciados com a construção política e ideológica, e que formaram as bases de estruturação do SUS.

No que diz respeito aos elementos constitutivos da demanda, os aspectos concernentes às percepções e representações dos atores sobre saúde, cura e doença mostraram-se importante condicionante, tanto na relação médico-paciente como no padrão de reivindicações dos usuários. Nos percursos de

cura da população ainda são as instituições hospitalares que possuem maior participação no uso dos serviços, sendo a figura do médico central na solução dos problemas de saúde apresentados. Não é por acaso que há mais de dez anos vêm sendo desenvolvidos estudos sobre a utilização dos serviços de saúde, os quais invariavelmente constataam nos percursos de cura da população o predomínio do uso da medicina, de suas instituições e seus agentes, valorizados como meio de manutenção e recuperação da saúde (CANESQUI, 1992; BOLTANSKI, 1984; COHN *et al.*, 1993). Afinal, manter e recuperar a saúde por meio de intervenções assistenciais, principalmente aquelas realizadas pela assistência médica, fazem parte de um conjunto de representações que têm sido freqüentemente associadas, no imaginário das classes trabalhadoras, com a concepção de saúde e doença, pois estar doente significa a incapacidade de realizar suas atividades produtivas.

Coerentes com esses aspectos subjetivos da demanda, os modelos de intervenção estatal em saúde no país se organizam, pelo menos desde os anos 1970, em dois eixos estruturantes: a assistência médica e as instituições hospitalares. Também não é por coincidência que se identificou um consenso nos depoimentos dos atores envolvidos com a relação entre demanda e oferta nos serviços de saúde de Volta Redonda: existe uma incompatibilidade entre os serviços oferecidos e as demandas apresentadas, no que concerne à quantidade e à qualidade. É uma incompatibilidade por fatores objetivos, sobretudo subjetivos, que esbarram nos limites dos conhecimentos de que tratam as ações de saúde. Na maioria das vezes ocorre uma redução do escopo da análise, tanto daquele que planeja como daquele que presta o cuidado em saúde, o que implica rever a organização das práticas em saúde e medicina numa dimensão ampliada, pela qual se torna necessário reconhecer outros contextos – econômicos, sociais e culturais – na construção da demanda, sobretudo na organização da oferta. E isso não é uma tarefa trivial.

Com efeito, Contandriopoulos (1998) discute essa questão, apontando para a complexidade das relações entre contextos socioeconômicos, ambientais e de saúde da população. São necessários estudos capazes de apreender os condicionantes dessas relações, para se definir as modificações necessárias para melhoria, de fato, da saúde da população. O autor acrescenta que, se as doenças e a saúde não são fenômenos independentes, elas não são irreduzíveis uma à outra. Ressalta que os modelos utilizados para explicar a

saúde das populações são distintos daqueles destinados a elucidar a doença.

Enquanto os modelos explicativos para saúde lançam mão de conhecimentos das ciências sociais e do comportamento que se destinam à compreensão do homem na sociedade, as doenças são elucidadas por meio de conhecimentos das funções biológicas dos indivíduos, daí partindo para seu diagnóstico, prevenção e tratamento. Nesse sentido, vale lembrar Canguilhem, no seu clássico livro *O normal e o patológico*, quando trata dessa questão, ao constatar que a forma de identificar, prevenir e tratar a doença obedece ao conjunto de interpretações das funções biológicas, que tem no esquadramento do corpo humano, nos seus aspectos anatômicos e fisiológicos (órgão, tecidos, células, moléculas, gens etc.) a maneira científica de compreender a vida e o patológico – isto é, a doença.

Tais considerações sobre os modelos explicativos das doenças permitem mostrar os seus limites para incorporar os elementos constitutivos do ambiente social¹⁶, que também são os da demanda, do qual fazem parte. São esses modelos extensivamente utilizados na organização da oferta e, de maneira paradoxal, para identificar as demandas.

Pode-se constatar que as intervenções relacionadas à prática médica ocidental se baseiam em conceitos normativos do funcionamento do corpo humano, tratando o indivíduo doente como objeto de interpretação e comparações de normas da vida e normas científicas, no sentido de atestar e classificar aquelas anormalidades que o fazem doente, para a partir de então intervir na sua possível solução. Uma coisa porém é certa: essas práticas têm sido produzidas e reproduzidas pelos órgãos formadores, cujos currículos de medicina se apresentam absolutamente fechados, sem incluir conhecimentos de campos distintos da biologia e ramos correlatos.

É diante dessas constatações que se advoga aqui a ampliação do escopo das abordagens e práticas em medicina e saúde nos serviços públicos, com a inclusão de outros campos de conhecimento, tais como Antropologia e Sociologia, para que os elementos constitutivos da demanda possam ser contemplados na formulação e gestão das políticas de saúde, a partir da própria formação dos profissionais de saúde. Afinal, muitas das dificuldades identificadas na relação entre demanda e oferta relacionam-se à organização das práticas em saúde, que não estão circunscritas apenas no campo específico da saúde, mas inscritas nos campos político, econômico, cultural e social.

Por último, quando se colocam os problemas relativos às categorias demanda e oferta, a partir da organização das práticas em saúde, sobretudo

dos campos de conhecimento a que estão referidos, surge outra questão deste trabalho: a relação profissional x usuários x serviços.

A importância dada a essa questão se deve ao fato de que a relação entre profissional e serviços e destes com usuários envolve necessariamente intermediações e mediações de conhecimentos distintos, por meio dos quais os atores se orientam diferentemente nos espaços institucionais. Na verdade, esses espaços institucionais são *locus* de decisão que no cotidiano se revelam como espaços de poderes e interesses, que evidenciam projetos políticos diferentes. Isto pode ser observado nas instituições de saúde, ao menos em duas situações: a) na relação médico-paciente, na adversidade entre autonomia médica x autonomia do paciente; e b) na relação entre usuários e serviços, que instaura uma superioridade dos conhecimentos técnicos, em contraposição aos dos leigos.

Tais situações revelam a diversidade de projetos¹⁷ políticos individuais, nos quais se observam, de um lado, os dirigentes municipais com as responsabilidades de controlar os recursos financeiros e articular a estrutura de poder decisório da organização (na definição de prioridades, política de pessoal, etc.) e, de outro, os profissionais de saúde que controlam os recursos do saber, que é também poder, e a principal força de trabalho (CECILIO, 1996). Evidente está a condição de desigualdade dos usuários frente a esses atores, no que concerne ao grau de conhecimentos específicos que eles têm sobre os aspectos organizacionais dos serviços de saúde. A desigualdade será tanto maior quanto a insuficiência de informações e mecanismos esclarecedores capazes de prepará-los (usuários) para o exercício do direito à saúde, como um exercício de cidadania¹⁸.

No caso de Volta Redonda, verificou-se que o Programa de Saúde da Família apresentou transformações significativas na reorganização das práticas do trabalho em saúde, em pelo menos quatro direções: a primeira diz respeito à mudança do objeto de atuação em saúde, sendo o fio condutor a família em seu espaço domiciliar; segundo, o resgate das ações de prevenção e promoção, numa concepção ampliada, pela qual a saúde é concebida como um bem imprescindível à qualidade de vida e um direito de cidadania a ser garantido pelo Estado e por seus representantes nas esferas de governo correspondentes; terceiro, a priorização dos recursos humanos, no que concerne a sua formação, capacitação e remuneração, com estabelecimento de novos vínculos profissionais e de serviços; e quarto, a busca da satisfação do usuário, pelo estreito relacionamento da comunidade e participação efe-

tiva no planejamento e gestão das ações realizadas pelo programa.

Desse modo, o PSF assume uma dimensão política e assistencial de promoção de práticas em saúde que interfere na lógica da oferta e da demanda, pelas quais a humanização do atendimento, a satisfação da clientela e a democratização e politização de conhecimentos relacionados ao processo saúde e doença atuam de maneira concreta na organização e produção de serviços em saúde, conforme previsto por Cordeiro (1996). Não se quer dizer que todas as questões levantadas sobre a relação entre demanda e oferta não estejam presentes na implementação desse tipo de programa; ao contrário, constituem o pano de fundo das políticas que evidencia a quase impossibilidade de cumprir os objetivos por ele propostos, entre os quais a integralidade, que funciona como eixo norteador.

Diante do exposto, pode-se dizer que a construção da relação entre oferta de serviços de saúde não se coloca como uma tarefa trivial, mas é resultante de embates, conflitos e contradições que permeiam o cotidiano de técnicos, profissionais e usuários no dia-a-dia das instituições. São estabelecidas interações com mediações complexas que muitas vezes não são somente explicitadas por palavras, mas em intenções e gestos dos atores envolvidos no funcionamento do sistema de saúde local. É justamente nesses aspectos que residem as questões mais prementes sobre os limites e as possibilidades de garantir o princípio da integralidade. Até mesmo porque existe um nexo recíproco entre a oferta e demanda, no que diz respeito às práticas exercidas pelos atores nas instituições de saúde, que desnuda, por um lado, a situação e o contexto que vivem e, de outro, põe em relevo os problemas estruturais que envolvem as instituições de ação social.

Mais do que isso, é perceber nesse nexo a existência não somente de limites estruturais inerentes às instituições de saúde, mas identificar as possibilidades de se construir um agir em saúde, capaz de renovar e recriar novas práticas de saúde a partir da inclusão de diferentes conhecimentos, frutos de uma mesma interação, construída na relação entre usuário, profissional de saúde e gestor.

Essas práticas são nada menos que estratégias concretas de um fazer coletivo realizado por indivíduos em defesa da vida. Na verdade, é construir um “SUS legal”, equitativo com integralidade nos diferentes planos de sua atuação, visando a uma “cidadania do cuidado”, cuja cidadania não seja apenas uma forma de ofertar cuidado em saúde a uma população que constantemente se vê violentada nos seus direitos. Mas uma cidadania que

busca, na ampla participação e controle social da sociedade civil, incorporar a solidariedade como princípio, meio e fim de uma política social – neste caso, a saúde.

É nítida a linha divisória entre as transformações ocorridas no sistema e as mudanças que faltam acontecer nas estruturas que sustentam esses sistemas: as instituições de saúde. Para essas instituições, têm sido desenhados modelos assistenciais em saúde que mais parecem externos a elas, com pouca ou nenhuma interlocução com a realidade concreta. Racionalmente pensados, os modelos assistenciais têm-se mostrado pouco eficientes no cumprimento de seus objetivos, o que reforça a idéia de que as práticas podem ser mais eficazes quando postas como potentes ferramentas de construção do SUS – e por que não? –, da materialização da *integralidade como direito e como serviço*.

Notas

- ¹ Viana (1997) destaca que existem vários estudos sobre a avaliação das políticas públicas que tentam superar a tendência de se realizar análise que dicotomize governo e cidadão, de que o sujeito da ação governamental são os atores governamentais, e os cidadãos apenas objetos desse tipo específico de ação, isto é, o “fazer política”.
- ² Viana, em resenha sobre uma série de estudos metodológicos sobre *police making*, destacou que as políticas públicas são desenvolvidas por meio de quatro fases: construção da agenda, formulação de políticas, implementação de políticas e avaliação de políticas. Ver Viana (1996).
- ³ A reflexão desse autor tem como campo de estudo a cultura, numa posição de não refutar as demais abordagens, sobretudo a abordagem econômica de Marx, justificando a necessidade de se ultrapassar os limites do tratamento econômico na análise do capitalismo, por meio da compreensão da história e da vida das pessoas. Afirma “que não adianta discutirmos somente sobre o econômico em si, pois não tem significado algum se não tiver espírito”. Ver Weber (1996).
- ⁴ Weber, na sua obra clássica *Ética protestante e o espírito capitalista*, tematiza essas questões e elabora a “Teoria da Ação Social”. Nela o autor analisa o papel da ética religiosa e sua relação no processo de produção do capitalismo. Uma de suas interpretações é que o espírito, entendido como ética social (*ethos*), irá determinar as formas como as pessoas serão inseridas e avaliadas no processo. É a ética do trabalho. O trabalho entendido como valor dignifica, voltado para determinados fins que orientariam determinadas ações.
- ⁵ Este estudo deriva dos desdobramentos e continuidade da pesquisa realizada na tese de doutorado da autora, intitulada *Da defesa da vida à defesa do aço: o cotidiano dos atores em suas práticas nos serviços de saúde – o caso de Volta Redonda – 92/99*, defendida em março de 2000, no Instituto de Medicina Social da UERJ. Para

construir a proposta analítica desse estudo, partiu-se dos seguintes pressupostos: a) a relação entre demanda e oferta nos serviços de saúde se situa no processo de construção de uma política de saúde — o SUS; b) os elementos constitutivos da demanda e oferta, que as definem enquanto relação, encontram-se no cotidiano dos atores nas instituições de saúde, onde os interesses são postos, práticas são desenvolvidas e percepções são construídas e consolidadas; e c) esses elementos constitutivos auxiliam na compreensão dos limites e possibilidades de garantir os princípios doutrinários do SUS, entre os quais se destaca aqui a promoção da integralidade das ações nos serviços de saúde.

- 6 Classificação retirada do uso recorrente desses termos, ao se referir aos usuários que são inscritos em programas e os usuários que procuram “espontaneamente” a unidade de saúde para serem atendidos.
- 7 Travassos *et al.* (1999) atribuem três subfatores relacionados ao *mix* público e privado: 1) o setor público, com serviços financiados e prestados pelo Estado, nos seus diversos níveis, incluindo-se os serviços próprios, e as Forças Armadas; 2) o setor privado (lucrativo e não-lucrativo), financiado através de sistemas de reembolso, que podem ser recursos privados ou públicos; 3) o setor dos seguros privados, financiados diretamente pelo consumidor e as empresas (em geral de forma parcial), com diferentes níveis de preços e subsídios.
- 8 Ver Canesqui (1995); Nunes *et al.* (1991); Tanaka e Resenburg (1990).
- 9 Ver Pinheiro (1995, 1999 e 2000).
- 10 Segundo Camargo Jr. (1993), é comum, na medicina ocidental, ao se analisar uma doença, pressupô-la como preexistente, pelo modelo explicativo que utiliza, segundo o qual a doença é caracterizada como processo, possuindo uma ou mais causas e uma história natural. Em certa medida o autor alerta para a armadilha conceitual que é utilizar a doença como unidade de análise, pois veda a possibilidade de conceber outros aspectos que não as alterações biológicas do ser humano, como valores, imagens e desejos, que abarcariam conceitos distintos e conseqüentemente modos diferenciados de identificar a doença, e até mesmo combatê-la. Ver Camargo Jr. (1993).
- 11 Segundo Camargo Jr. (1993), a doutrina médica é “um suporte comum não enunciado que se apóia, por um lado, na forma consensual da prática médica e, por outro, num grupo de representações que desempenha o papel de uma doutrina geral. Tais representações são no seu conjunto coerentes com a cosmologia mecanicista que alicerça, ainda que de modo dissimulado, o saber médico (...). Esse grupo de representações pode ser assim resumido em um número bem pequeno de proposições, tais como: “as doenças são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa; as doenças se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas por sua vez no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta” (CAMARGO JR., 1993, p. 34).
- 12 A SMS-VR tem organizado, ao longo de duas gestões consecutivas, conferências

municipais de recursos humanos, com objetivo de formular uma política municipal de recursos humanos voltadas para o estímulo profissional com incentivo remunerado ao desempenho, além de promover atividades de interação institucional. Nos anos de 1994 e 1996 foram realizadas contratações de profissionais não-médicos – enfermeiros, psicólogos nutricionistas e fonoaudiólogos – para o desenvolvimento de atividades assistenciais e de atenção à saúde.

- 13 SMS-VR — *Relatórios da IV e V Conferência Municipal de Saúde*, realizadas em Volta Redonda (1995 e 1997).
- 14 Segundo Chauí (1993), as formações partidárias caracterizam-se pelo menos por três tipos de representação: o primeiro é a representação de estilo medieval e conservador, onde a representação é praticada sob forma de favor ou exclusão dos representados nas decisões políticas globais, traço que prevalece no partido clientelista; o segundo é um misto de estilos – o estilo conservador e o estilo iluminista, sendo que neste a relação com os seus representados é de tutela, característica dos partidos populistas. Por último, o estilo socialista, que trata a idéia de representação como delegação e mandato imperativo, rotativo e revogável, de modo que o representante não representa um poder em geral e nem uma razão mais geral, mas reivindica direitos concretos de classes e grupos. A representação ganha aqui o significado de expressão política de universalidade, como direito de decidir e controlar a coisa pública em nome dos direitos dos excluídos, concepção que (talvez) caracterizaria os partidos participativos.
- 15 Viana (1998) cita que esses dispositivos eram operados na forma de seguros ocupacionais ou nacionais, entre eles a previdência social estatal e caixas beneficentes de categorias funcionais públicos e privados.
- 16 Ressalta-se que esse fato não aconteceu isoladamente; outros municípios também alcançaram a condição máxima vigente no sistema, apresentando alguns pontos (positivos) de interseção nesse processo (HEIMANN, 1997).
- 17 Segundo Contandrioupolos (1998), entende-se por ambiente social os valores ou uma cultura de uma dada sociedade e suas formas de organização, isto é, suas estruturas econômicas, suas instituições políticas e o nível de desenvolvimento econômico.
- 18 Cecilio (1996) define projetos políticos como sendo formas particulares de diferentes atores pensarem a organização dos serviços, bem como a alocação de recursos financeiros e tecnológicos. Cada um com uma visão de mundo. As diversas formas de ver o mundo seriam decorrentes das diferentes inserções desses autores, tanto na sociedade como no espaço singular das organizações de saúde.

Referências

ARRETCHE, M. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. In: GERSCHMAN, S.; VIANA, M. L. W. *A miragem da pós-modernidade*. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 127-154.

ARRUDA, D. *Sistemas de informações e alocação de recursos*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da UERJ, 1998.

- BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 189p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. I Mostra de Experiências de Implantação do PSF no país. *Anais...* Brasília, nov. 1999.
- _____. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde I*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Publicada no D.O.U. de 6 nov. 1996.
- _____. *Saúde da Família: construindo um novo modelo*. Os municípios já têm histórias para contar. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- _____. *Saúde da Família: Uma estratégia de organização dos serviços de saúde*. Documento preliminar, 1996.
- CAMARGO JR., K. R.; CONTE, F. T.; MARTINEZ, D. S. Representações de doença, saúde e seu cuidado na clientela de serviços ambulatoriais no Rio de Janeiro. In: LUZ, M. T. (Coord.). *VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas*, p. 15-26. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 1997 (Série *Estudos em Saúde Coletiva*, 168).
- CAMARGO JR., K. R. *Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993 (Série *Estudos em Saúde Coletiva*, 65).
- CAMPOS, G. W. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 393-404, 1999.
- CANESQUI, A. M. Consumo e avaliação dos serviços de saúde. In: SPINOLA, A. W. *et al. Pesquisa social em saúde*. São Paulo: Cortez, 1992, p. 175-205.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense, 1978.
- CASTORIADIS, C. *A instituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.
- CECILIO, L. C. As propostas de melhoria do funcionamento dos serviços de saúde e suas inter-relações com os espaços de controle social. In: PINHEIRO, R.; DAL POZ, M. R. (Orgs.). *A qualidade dos serviços de saúde e os espaços de controle social.*, p. 17-22. Rio de Janeiro: Abrasco, 1996 (Série *Saúde e Movimento*, 3).
- CHAUÍ, M. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo: Cortez, 1993.
- COHN, A. *et al. A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1999.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 199-204, jan.-mar. 1998.

FIORI, J. L.; KORNIS, G. E. M. Além da queda: economia e política numa década enviesada. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1994. p. 1-42.

FLEURY, S. Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina. *Revista de Saúde Pública*, v. 29, n. 4, p. 243-50, 1995.

GONÇALVES, R. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho numa rede estadual de Centros de Saúde em São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1994.

LEVCOVTZ, E. *Transição x consolidação: o dilema estratégico do SUS*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da UERJ, 1997.

LUZ, M. T. *Instituições médicas: uma estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

_____. *VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas: Medicina Ocidental Contemporânea*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 149). p. 21-27.

MARX, K.; ENGELS, F. *Ideologia Alemã*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

PINHEIRO, R. *Conselhos Municipais de Saúde: o direito e o avesso*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da UERJ. Rio de Janeiro, 1995.

_____. *Da defesa do aço à defesa da vida: o cotidiano dos atores em suas práticas nos serviços de saúde*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro, 1995.

_____. *Perfis socioeconômico e sanitário dos municípios: Angra dos Reis, Rio Claro, Resende, Barra Mansa e Volta Redonda*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ – Departamento de Ciências Sociais. Projeto Demandas Sociais e Geração de Emprego, 1995.

PINHEIRO, R.; DAL POZ, M. *A qualidade dos serviços de saúde e os espaços de controle social*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1996 (Série Saúde em Movimento, 3).

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. *Modelos ideais x práticas eficazes: o desencontro entre gestores e clientela*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 1991 (Série *Estudos em Saúde Coletiva*, 191).

RUSCHENSKI, A. *Atores políticos e lutas sociais*. Movimentos sociais e partidos políticos. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999a.

_____. *Metamorfoses da cidadania*. Sujeitos sociais, cultura política e institucionalidade. São Leopoldo: UNISINOS, 1999b.

SANTOS, M. *A natureza do espaço: técnica e tempo. Razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1999.

TRAVASSOS, C. A equidade e o Sistema Único de Saúde. Contribuições para o debate. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 2, p. 325-330, abril-jun. 1997.

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais e a utilização dos serviços de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* (no prelo).

VIANA, A. L. Entraves à descentralização e propostas de mudanças. In: AFFONSO, R. B. A.; SIL, P. L. B. (orgs.). *Descentralização e política social*. São Paulo: Fundap, 1996 (*Coletânea Federalismo no Brasil*).

_____. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, mar.-abr. 1996.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. *Reforma em saúde no Brasil*. Programa de Saúde da família. Informe Final. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 1998 (Série *Estudos em Saúde Coletiva*, 166).

WEBER, M. *A Ética protestante e o espírito capitalista*. São Paulo: Pioneira, 1996.

As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Eqüidade na Atenção em Saúde

LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECILIO

Introdução

Universalidade, integralidade e eqüidade da atenção constituem um conceito tríplice, entrelaçado, quase um signo, com forte poder de expressar ou traduzir de forma muito viva o ideário da Reforma Sanitária brasileira. A cidadania, a saúde como direito de todos e a superação das injustiças resultantes da nossa estrutura social estão implícitas no tríplice conceito-signo.

Neste texto, destaco e trabalho mais especificamente os temas da integralidade e da eqüidade, sem desconsiderar que não há integralidade e eqüidade possíveis sem a universalidade do acesso garantida. Dou ênfase a esses dois conceitos porque creio que a integralidade e a eqüidade, enquanto objetivos da atenção em saúde, vão além do simples “consumo” ou acesso a determinados serviços e nos remetem ao campo da(s) micropolítica(s) de saúde e suas articulações, fluxos e circuitos. Estes, afinal, configuram uma “macro” política de saúde que, por convenção (e inércia) temos chamado de “sistema de saúde”.

E ainda, acho que pensar a eqüidade e a integralidade da atenção nos obriga a enxergar como o “micro” está no “macro” e o “macro” no “micro”, e que essa recursividade, mais do que uma formulação teórica, tem importantes implicações na organização de nossas práticas. A luta pela eqüidade e pela integralidade implica, necessariamente, repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde.

Para orientar estas reflexões, vou tomar como “analisador” as necessidades de saúde, em particular a potencialidade que têm de ajudar os trabalhadores/equipes/serviços/rede de serviços a fazer uma melhor *escuta* das pessoas que buscam “cuidados em saúde”, tomando suas necessidades como

centro de suas intervenções e práticas. O desafio, então, seria conseguirmos fazer uma conceituação de necessidades de saúde que pudesse ser apropriada e implementada pelos trabalhadores de saúde nos seus cotidianos. Algo que nos permitisse fazer uma mediação entre a incontornável complexidade do conceito (necessidades de saúde) e sua compreensão e apropriação pelos trabalhadores, visando a uma atenção mais humanizada e qualificada.

As conclusões e indicações de Stotz (1991) têm desempenhado papel muito importante na discussão que aqui apresento, e em várias investigações acadêmicas e intervenções institucionais que tenho acompanhado. Entre tantas contribuições do autor, destaco duas. A primeira é aquela que reconhece que, se as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas/construídas, elas só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual. A outra indicação de Stotz que tenho adotado e desenvolvido é que seria quase inevitável a adoção de alguma taxonomia de necessidades de saúde, “ou seja, de que se deva utilizar um conceito normativo (de necessidade de saúde) que seja traduzível em descritivo e operacional [...]. Por outro lado, o conceito descritivo e operacional precisa ser reconceitualizado para poder exprimir a dialética do individual e do social” (STOTZ, 1991, p. 136).

A taxonomia que tenho adotado (CECILIO, 1999; MATSUMOTO, 1999) trabalha com a idéia de que as necessidades de saúde poderiam ser aprendidas, de forma bastante completa, numa taxonomia organizada em quatro grandes conjuntos. O primeiro diz respeito a se ter “boas condições de vida”. A reconceitualização necessária aqui, tal como apontado por Stotz, seria no sentido de reconhecer que “boas condições de vida” poderiam ser entendidas tanto no sentido mais funcionalista, que enfatiza os fatores do “ambiente”, “externos”, que determinam o processo saúde-doença (Leavell e Clark são paradigmáticos com sua *História natural da doença*), como nas formulações de autores de extração marxista (Berlinguer, Castellanos, Laurell e Breilh, por exemplo), que enfatizam os diferentes lugares ocupados por homens e mulheres no processo produtivo nas sociedades capitalistas como as explicações mais importantes para os modos de adoecer e morrer (inserção na fábrica, no escritório, mas também acesso a água tratada, condições de moradia e hábitos pessoais). Ecletismo nos pontos de partida conceituais, mas um consenso: a maneira como se vive se “traduz” em diferentes necessidades de saúde.

O outro conjunto de necessidades de saúde que constitui a taxonomia fala da necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida. A reconceitualização

necessária aqui é, partindo-se dos conceitos de tecnologias leve, leve-dura e dura (MERHY, 1997), abandonar qualquer pretensão de hierarquizar essas tecnologias. Questiona-se, assim, a idéia prevalente de que as tecnologias duras, baseadas na produção de procedimentos dependentes de equipamentos, seriam mais “complexas”, e aquelas mais relacionais, do tipo leve, seriam menos “complexas”. Trabalho com a idéia de que o valor de uso (CAMPOS, 1992) que assume cada tecnologia de saúde é sempre definido a partir da necessidade de cada pessoa, em cada singular momento que vive. O diagnóstico precoce de uma hipertensão arterial, para determinada pessoa, em determinado momento de sua vida, é tão crucial quanto o acesso a um exame de cineangiocoronariografia para outro, que vive outro momento. A “hierarquia” de importância do consumo das tecnologias, não a estabelecemos unicamente nós, técnicos, mas também as pessoas, com suas necessidades reais.

Um terceiro conjunto de necessidades diz respeito à insubstituível criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional – vínculo enquanto referência e relação de confiança, algo como o rosto do sistema de saúde para o usuário. A reconceitualização aqui é reconhecer que o vínculo, mais do que a simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa, significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades.

Um quarto e último conjunto de necessidades diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida. A reconceitualização dessa necessidade é que informação e educação em saúde são apenas parte do processo de construção da autonomia de cada pessoa. A autonomia implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e essa resignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível.

Uma definição ampliada de integralidade da atenção a partir das necessidades de saúde

É possível adotar a idéia de que a integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível. Numa primeira dimensão, a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro

de saúde, uma equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) ou um hospital. Poderíamos denominá-la “integralidade focalizada”, na medida em que seria trabalhada no espaço bem delimitado (focalizado) de um serviço de saúde.

Nesse encontro do usuário com a equipe haveriam de prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço, apresentadas ou “travestidas” em alguma(s) demanda(s) específica(s). Poderíamos trabalhar com a seguinte imagem: 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.

A demanda é o pedido explícito, a “tradução” de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários...); as necessidades podem ser bem outras.

As necessidades de saúde, como vimos, podem ser a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo (a)efetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia no modo de andar a vida ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida. Está tudo ali, na “cestinha de necessidades”, precisando ser, de alguma forma, escutado e traduzido, pela equipe. Assim, a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual.

O resultado dessa “integralidade focalizada” há de ser o resultado do esforço de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo. Cada atendimento, de cada profissional, deve estar compromissado com a maior integralidade possível, sempre, mas também ser realizado na perspectiva de que a integralidade pretendida só será alcançada como fruto do trabalho

solidário da equipe de saúde, com seus múltiplos saberes e práticas. Maior integralidade possível na abordagem de cada profissional, maior integralidade possível como fruto de um trabalho multiprofissional. Duplo desafio que há de ser tratado no processo de gestão dos serviços, em particular nos processos de conversação e comunicação – entendimento para ação – que se estabelecem entre os diferentes trabalhadores de saúde. A (máxima) integralidade (possível) da atenção, pautada pelo (melhor) atendimento (possível) às necessidades de saúde portadas pelas pessoas: uma síntese das pretensões da integralidade no espaço da micropolítica de saúde.

Por outro lado, é necessário ter em conta que a integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular, por melhor que seja a equipe, por melhores que sejam os trabalhadores, por melhor que seja a comunicação entre eles e a coordenação de suas práticas. Em particular, a batalha pela melhoria das condições de vida e pelo acesso a todas as tecnologias para melhorar e prolongar a vida, por mais competente e comprometida que seja a equipe, jamais poderá ser plenamente bem-sucedida no espaço singular dos serviços.

Tal constatação nos remete, então, a uma segunda dimensão da integralidade da atenção, qual seja, a integralidade da atenção como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, seja ele um centro de saúde, uma equipe de PSF, um ambulatório de especialidades ou um hospital, a uma rede muito mais complexa composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do “setor” saúde. A integralidade pensada no “macro”. A (máxima) integralidade da atenção no espaço singular do serviço – integralidade focalizada – pensada como parte de uma integralidade mais ampliada que se realiza numa rede de serviços de saúde ou não. A integralidade da atenção pensada em rede, como objeto de reflexão e de (novas) práticas da equipe de saúde e sua gerência, em particular a compreensão de que ela não se dá, nunca, num lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas numa ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial.

Dependendo do momento que vive o usuário, a tecnologia de saúde de que necessita pode estar em uma unidade básica de saúde ou em algum serviço produtor de procedimentos sofisticados. Pode haver um momento em que a garantia do consumo de determinadas tecnologias mais “duras” (MERHY, 1997), mais baseadas em procedimentos e consideradas mais “complexas”, produzidas em lugares específicos, que funcionam como refe-

rência para determinado número de serviços, seja essencial para se garantir a integralidade da atenção. Sem esse acesso, não haveria integralidade possível: finalização do cuidado, resolutividade máxima, dentro dos conhecimentos atuais disponíveis, para o problema de saúde que a pessoa está vivendo. A garantia dessa integralidade do cuidado tem que ser uma responsabilidade do sistema de saúde e não fruto da batalha individual, muitas vezes desesperada, de cada usuário individual.

Em outro momento, a simples participação num grupo de hipertensos ou de diabéticos pode ser a tecnologia que melhor responde a determinadas necessidades, tendo alto grau de impacto na qualidade de vida daquelas pessoas. São necessários novos fluxos e novas possibilidades de captação de clientes na várias portas de entrada do “sistema” de saúde e, mais do que isso, uma reconceitualização do que seja “serviço de referência” (CECILIO, 1997). Assim, muitas vezes, a “referência” de que o paciente necessita é um atendimento ambulatorial regular e vinculante, que dê conta de suas necessidades atuais. Por isso é necessário pensar o “sistema” de saúde menos como “pirâmide” de serviços racionalmente organizados de forma hierarquizada e mais como uma rede com múltiplas entradas, múltiplos fluxos, para cuja construção as representações e necessidades individuais são muito importantes.

Por outra parte, é necessário considerar, ainda, que essa imagem de um sistema de saúde organizado como uma pirâmide, por níveis de “complexidade crescente”, “hierarquizado”, dá conta, *apenas em parte*, da discussão sobre integralidade que se está fazendo aqui, porque os serviços mais “complexos”, de referência, têm sido entendidos como lugares de finalização, da última palavra, de atendimento de demandas *pontuais*, superespecializadas e específicas e, por isso mesmo, descompromissados com a integralidade. No máximo, a integralidade entendida como uma boa contra-referência para o serviço que encaminhou. O que não é pouco, no contexto atual, mas não basta.

Defendo que a lógica da integralidade, tal como desenvolvida no que chamei de primeira dimensão da integralidade, a “integralidade focalizada”, como preocupação de cada profissional e da equipe de cada serviço, deve estar presente em *todos* os serviços, mesmo nos superespecializados, seja ele um serviço de emergência ou uma enfermaria de hospital, por exemplo. Precisamos deslocar nosso foco de atenção da “atenção primária” como lugar privilegiado da integralidade. Aliás, integralidade não se realiza nunca em um serviço: integralidade é objetivo de rede. Temos desconsiderado que há espaço para (e necessidade de) escuta das necessidades singulares de

saúde das pessoas e a criação de novas estratégias de qualificação e defesa da vida dos usuários, mesmo naqueles serviços pelos quais estão apenas de “passagem”, para consumo de um atendimento bem especializado.

Poder-se-ia argumentar que é exigir demais que os serviços superespecializados se dediquem a fazer uma escuta mais cuidadosa, bastando a eles cumprir sua parte de oferecer o atendimento especializado necessário naquele momento. A integralidade, por esta visão, seria conseguida por uma boa articulação entre os serviços, cada um “cumprindo sua parte”. Pode ser. Ou, pelo menos, os paradigmas de atenção que temos trabalhado, entre outras coisas, pela formação que a academia continua produzindo, não nos permitem pensar de outra forma.

Mas creio que temos que nos ocupar de pensar novas maneiras de realizar o trabalho em saúde. Por exemplo, um episódio de internação hospitalar pode ser uma situação privilegiada para se estabelecer vínculos, mesmo que temporários, e se trabalhar a construção da autonomia do “paciente”. O atendimento num serviço de emergência pode ser um momento crucial para a escuta da necessidade de consumo de certas tecnologias para melhorar e prolongar a vida e que estão disponíveis em outros serviços e não naquele pronto-socorro. Um paciente hipertenso, que esteja sem seguimento contínuo ou vínculo com um serviço ambulatorial, não pode deixar o pronto-socorro sem essa orientação e, de preferência, sem sair com uma consulta marcada. Uma consulta médica, por mais especializada que seja, não pode deixar de fazer uma certa escuta de outras necessidades do paciente que vão além da demanda “referenciada” que o traz ao consultório.

A intervenção do especialista não pode alcançar sua eficácia plena se não tiver uma boa noção do modo de andar a vida do paciente, inclusive seu vínculo com outra equipe ou profissional, seu grau de autonomia e a interpretação que faz de sua doença. Simples como idéia, muito difícil de implementar na prática. Seguimos trabalhando de forma muito fragmentada, respondendo a demandas pontuais com o que temos em mãos, ou seja, não temos nos ocupado com a questão da integralidade de forma mais “completa”, pelo menos do ponto de vista da pessoa concreta que, naquele momento, busca alguma forma de assistência.

Chamemos, pois, de “integralidade ampliada” esta articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas “integralidades focalizadas” que, tendo como epicentro cada serviço de saúde, se articulam em fluxos e circuitos, a partir das necessidades reais das pessoas – a integralidade no “micro” refletida no “macro”; pensar a organização do “macro” que

resulte em maior possibilidade de integralidade no “micro”. Radicalizar a idéia de que cada pessoa, com suas múltiplas e singulares necessidades, seja sempre o foco, o objeto, a razão de ser de cada serviço de saúde e do “sistema” de saúde. A integralidade ampliada seria esta relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros. Uma não é possível sem a outra. O cuidado individual, em qualquer serviço de saúde, não importa sua “complexidade”, está sempre atento à possibilidade e à potencialidade de agregação de outros saberes disponíveis na equipe e de outros saberes e práticas disponíveis em outros serviços, de saúde ou não.

A equidade na atenção à saúde trabalhada nos espaços singulares dos serviços de saúde

Adoto, para as reflexões deste texto, uma definição de equidade que pode ser considerada consensual entre os que pensam e militam na construção SUS, tal qual apresentada por Malta (2001, p. 135-136):

“A equidade é entendida como a superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas [...]. Subjacente a este conceito está o entendimento de que as desigualdades sociais entre as pessoas não são dadas ‘naturalmente’, mas sim criadas pelo processo histórico e pelo modo de produção e organização da sociedade”.

Também para essa autora, as duas formas de aferir a (não-)equidade seriam a avaliação dos diferentes padrões de saúde de diferentes grupos populacionais, através da utilização de instrumental proveniente do campo da epidemiologia e o reconhecimento do acesso desigual de segmentos da população aos recursos tecnológicos de cura e prevenção das doenças.

Na tradição do pensamento crítico sanitário brasileiro e latino-americano, a discussão e os encaminhamentos sobre a (não-)equidade têm sido tratados no campo de conhecimento onde planejamento e epidemiologia se encontram e, até mesmo, se sobrepõem. Para fazer esta reflexão, vou ousar dizer que o debate em torno do planejamento – enquanto teoria e método – se faz em torno de dois grandes paradigmas: o planejamento/programação e o planejamento/política. O exemplo acabado do primeiro paradigma é o CENDES/

OPS; o segundo, inaugurado pelo *Formulación* (de Políticas de Salud), em 1975, abarca uma ampla gama de documentos, formuladores e autores, do próprio *Formulación*, passando pelas elaboradas reflexões e proposituras de Mario Robirosa, na década de 1970, do Planejamento Estratégico Situacional (PES), de Carlos Matus, e a visão estratégica desenvolvida por Mario Testa.

No planejamento/programação, o instrumental propiciado pela epidemiologia é a base para a construção de sua teoria e método. Que coisa mais se destaca no CENDES/OPS, para além da sua evidente adesão a uma lógica efficientista, de forte inspiração economicista, do que o tema da equidade? Uma equidade que se pode configurar muito perversa para nós, hoje, porque não toma a universalidade do atendimento como um contraponto para a quase exclusão que criaria, se levada às últimas conseqüências. De qualquer forma, a idéia de que a epidemiologia é capaz de nos fornecer indicações, tal como dito acima, para diagnosticarmos a iniquidade, tem suas raízes na utilização da informação e uso de indicadores tal qual apregoado pelo *Programación en Salud* e permanece, ainda, com muita atualidade para orientar políticas de saúde.

O paradigma planejamento/política, como o nome bem o indica, incorpora a política, a idéia de atores em disputa e defesa de interesses e projetos distintos, o conflito e o poder na construção de sua teoria e na formulação de métodos concretos de intervenção. Assim, a explicação da iniquidade e a luta pela equidade passam, necessariamente, pelo reconhecimento de atores com maior ou menor capacidade de reconhecer, formular e batalhar na defesa de seus interesses. Creio que o planejamento/programação, ou pelo menos boa parte do seu instrumental analítico, poderia ser e tem sido, de fato, perfeitamente subsumido pelo planejamento/política, como parte da caixa de ferramentas que atores reais, em disputa no jogo social, podem utilizar para aumentar seu poder de luta, barganha e conquista de seus objetivos.

O Programa Nacional de Controle da Aids, em particular a política de distribuição dos medicamentos que compõem o coquetel de anti-retrovirais, poderia ser lembrado como um bom exemplo para ilustrar esta discussão, mostrando como é possível, na prática, uma aproximação dos dois paradigmas. As reconhecidas extensão e generosidade do programa poderiam ser creditadas tanto à pressão de inúmeros grupos organizados muito combativos e com forte poder de *lobby*, atores na batalha em defesa de grupos da população que têm necessidade de ser amparados por políticas governamentais diferenciadas, como a cabal demonstração, através de indicadores epidemiológicos, da existência de grupos de risco e mais vulneráveis.

Mas, principalmente, a comprovação da dramática economia de recursos financeiros (e impactos) quando se compara a utilização de “instrumentos” (tal como definido no *Programación...*) com composições tecnológicas diferentes, quais sejam, o leito-dia para o paciente portador de Aids e a consulta ambulatorial com coquetel incluído, para os mesmos pacientes.

Creio que a iniquidade pode ser trabalhada em vários espaços, tal como conceituado por Matus (s/d), tanto para se compreender suas determinações, como para se pensar estratégias de sua superação: o geral, o particular e o singular. Podemos considerar como espaço geral aquele no qual são formuladas as macropolíticas econômicas que, afinal, resultam no valor dos salários, nos níveis de emprego, na distribuição da riqueza – em síntese, nos maiores acesso/exclusão dos brasileiros às/das riquezas produzidas no nosso país. Podemos dizer que a equidade/iniquidade que existem em um dado país são o resultado final do que se define nesse espaço geral. Espaço de forte determinação.

Situo o Ministério da Saúde nesse espaço geral, por seu enorme poder de definir diretrizes da política de saúde, em particular através da utilização de mecanismos de financiamento como orientador de práticas e formas de organização da prestação da assistência nos níveis municipal e local. O grau de constrangimento imposto pela NOAS/2001 (Norma Operacional de Assistência à Saúde) na organização dos serviços de média e alta complexidade, nas regiões de saúde, é um bom exemplo disso. O espaço particular poderia ser situado, na atual configuração do SUS, nos municípios, em particular nas Secretarias Municipais de Saúde, os gestores locais do sistema. O espaço singular seria aquele dos serviços de saúde.

A iniquidade pode ser enfrentada, com diferentes graus de governabilidade, nesses diferentes espaços. Adoto a idéia de que, se por um lado há uma forte relação de determinação do espaço geral para o particular e deste para o singular, por outro é importante reconhecer que o espaço singular, aquele dos serviços, pode trabalhar e trabalha, com alto grau de autonomia, podendo gerar contravetores com capacidade de determinação das políticas definidas nos espaços “superiores”, em particular se for capaz de escutar e fazer ressoar as necessidades trazidas pelos usuários. Mais do que isto, entendo que tanto equidade como integralidade só poderão ser trabalhadas com o necessário radicalismo se forem tomadas como temas dos processos de gestão dos espaços singulares, lugares de encontro dos usuários e dos trabalhadores de saúde.

Desta forma, a não-integralidade e a não-equidade podem ser captadas

e/ou reconhecidas em duas dimensões. Numa dimensão mais coletiva, privilegiadamente nos espaços geral e particular, estudos epidemiológicos ou as demandas e disputas de atores sociais nas várias arenas políticas nos revelariam grupos excluídos, com mais dificuldade de acesso ou que precisam de cuidados especiais. No entanto, a não-integralidade e a não-equidade só poderão ser escutadas ou apreendidas, mas também enfrentadas, superadas ou reduzidas, com radicalismo, se conseguirmos captá-las na sua dimensão individual, subjetiva, singular, ali no espaço de cada serviço, no encontro de cada usuário com suas necessidades de saúde únicas e os profissionais e/ou a equipe de saúde.

3. Conclusões

Indaga Stotz (1991, p. 159): “como é possível pensar a adequação, a correspondência entre necessidades (de saúde) e sistema institucional-administrativo voltado para satisfazê-las?”. Creio que, para respondermos a essa indagação, temos que lançar mão tanto de todo o instrumental disponibilizado pela epidemiologia para o reconhecimento de grandes grupos mais excluídos do acesso às riquezas produzidas pela sociedade e dos serviços de saúde, como pensar formas de gestão e reorganização da micropolítica de saúde.

O leitor há de ter notado que passei, nas últimas linhas, a tratar simultaneamente os temas da (não-)integralidade e da (não-)equidade. Uma quase imposição decorrente da lógica e dos conceitos que adotei para organizar minha reflexão. Estas duas dimensões da atenção, junto com a universalidade, compõem o que denominei de tríplice signo da reforma sanitária, e só poderão ser implementadas de forma plena se trabalhadas a partir da apropriação e reconceitualização das necessidades de saúde pelos trabalhadores em suas práticas, nos mais variados serviços, e pelos gestores, na construção da lógica mais “macro” da atenção. Trabalhadores de saúde, gestores locais, distritais, municipais e regionais solidários na construção da integralidade e da equidade no “macro” e no “micro”, de forma recursiva e dialética. O tempo todo. Novas formas de coordenação, implementação e avaliação do trabalho em saúde.

Há várias possibilidades de se trabalhar na prática e com as equipes de saúde os temas da integralidade e da equidade. Creio que a adoção de uma taxonomia de saúde é o primeiro passo para isso, mesmo que “enquadrar” um tema tão complexo em alguma forma de classificação acabe tendo, sempre, um risco de reducionismo ou simplificação excessiva. De novo Stotz

(1991, p. 135-136):

“Decorre dessas diferenças que não se possa recusar, conceitualmente, a taxonomia de necessidades de saúde. Ou seja, de que se deva utilizar um conceito normativo que seja traduzível em descritivo e operacional. Isto porque necessidades de saúde são necessidades individuais e humanas, mas concretamente consideradas, são também necessidades distorcidas e ocultadas, não reconhecidas, justas e injustas, porque o são assim em uma sociedade historicamente dada”.

A construção, uma quase “pactuação” mesmo, com boa participação dos trabalhadores, de um conceito mais operacional de necessidades de saúde já é, em si, um bom dispositivo para qualificar e humanizar os serviços de saúde (CECILIO, 2000). Instrumento de conversação, de comunicação, de coordenação de práticas e de gestão; momento de se revelarem “necessidades distorcidas e ocultadas”.

Os indicadores tradicionais de cobertura de determinados grupos, de oferta (ou não) de determinadas ações para grupos mais vulneráveis, são apropriados de forma mais viva e apaixonada pelas equipes e pelos vários níveis de gerência, quando referenciados à discussão das necessidades de saúde. Há outros dispositivos que podem facilitar a discussão e a compreensão, pelos trabalhadores, sobre o quanto as necessidades de saúde estão sendo contempladas. A análise de prontuários de um centro de saúde, por exemplo, nos permite interrogar quanto a equipe tem considerado o grau de autonomia, as condições de vida e mesmo a garantia de acesso a todas as tecnologias para uma determinada pessoa. Mil possibilidades de escuta se abrem quando o conceito de necessidade de saúde é incorporado pela equipe.

Por fim, e radicalizando minhas reflexões, creio que o tema da integralidade, se tomado em toda a sua expressão, na perspectiva aqui trabalhada, seria capaz de subsumir a equidade. Explico melhor: se fossem possíveis formas de se organizar a atenção, no “micro” e no “macro”, que, no limite, conseguissem escutar e atender, da maneira mais completa possível, as necessidades das pessoas, no sentido de buscar a máxima integralidade (possível) da atenção (integralidade ampliada), a iniquidade haveria de ser reconhecida naturalmente, expressa em singulares necessidades de saúde não atendidas. Podemos trabalhar com a idéia de que há necessidades diferentes de vínculos para diferentes pessoas em diferentes momentos, assim como diferen-

tes necessidades de consumo de determinadas tecnologias de saúde, diferentes necessidades ligadas às condições de vida e diferentes necessidades de construção da autonomia no modo de andar a vida. A busca da integralidade, se levada às últimas conseqüências, revelaria as diferentes iniquidades vividas por cada um que busca os serviços de saúde. Da mesma forma, a integralidade seria impensável sem a garantia de universalidade do acesso.

Recompõe-se assim o signo: universalidade, eqüidade e integralidade. Signo produzido pela Reforma Sanitária brasileira que fala de uma utopia, no limite “projeto irrealizável; quimera; fantasia” (AURÉLIO, 2000) por tudo que está em jogo: *a infinita variabilidade das necessidades humanas e as finitas possibilidades que temos, até mesmo, de compreendê-las.*

Referências

CAMPOS, G. W. S. *A reforma da reforma*. São Paulo: Hucitec, 1992.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecnoassistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. :469-478, jul-set, 1997.

_____. Programa UNI: una necesaria ampliación de su agenda. In: ALMEIDA, FEUERWERKER, LLANOS (orgs.). *La Educación de los profesionales de la salud en Latinoamérica*. Teoria e práctica de un movimiento de cambio. Tomo I. São Paulo: Hucitec / Buenos Aires: Lugar Editorial / Londrina: UEL, 1999.

CECILIO, L. C. O.; LIMA, M. H. J. Necessidades de saúde das pessoas como eixo: a integração e a humanização do atendimento na rede básica. In: LINHARES, A. L. *Saúde e humanização: a experiência de Chapecó*. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 159-182.

MALTA, D. C. *Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - DMPS/FCM/Unicamp. Campinas, 2001.

MATUS, C. *Política, planificación y gobierno*. Caracas: Fundación Altadir, s/d.

MATSUMOTO, N. F. *A avaliação do impacto do PAS ao nível de um centro de*

Luis Carlos de Oliveira Cecilio

saúde. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 1999.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E e ONOCKO, R. T. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

STOTZ, E. N. *Necessidades de saúde: mediações de um conceito* (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde). Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

Da Integração de Programas à Integralidade de Ações de Saúde: algumas reflexões preliminares

ANA EMÍLIA LEITE GUEDES

Introdução

O presente estudo examina alguns pontos de inflexão da trajetória histórica do modelo de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do movimento da Reforma Sanitária. Salientou-se o período das últimas décadas (80/90) que influenciaram diretamente o quadro atual, na tentativa de demarcar (amplamente) a evolução da Atenção Básica à Saúde. Procurou-se olhar o setorial como parte integrante de uma realidade mais abrangente e realizar a diferenciação entre a integração na gestão de programas verticais e a integralidade na execução de suas ações por equipes de saúde.

O texto percorre uma trajetória de análise que abrange dois períodos distintos. O primeiro corresponde à fase de implantação do SUS, onde foram examinadas as bases do seu arcabouço jurídico-legal. Compreende desde a promulgação da Constituição Federal (1988), as Leis Orgânicas de Saúde — LOS n. 8.080/90 e 8.142/90, até as Normas Operacionais Básicas — NOB-SUS 01/91, 01/92, 01/93, 01/96 e NOAS SUS 01/2001. A segunda inflexão foi realizada durante a fase considerada por alguns analistas “Reforma Incremental” do SUS (“a Reforma da Reforma”), que ocorreu na segunda metade dos anos 90, com ênfase nas principais mudanças relativas à implementação de programas que tinham como objetivo central contribuir para a (re)organização das práticas assistenciais em saúde.

Dentre os vários aspectos que poderiam ser abordados nesta discussão temática, optamos por privilegiar a questão do financiamento das políticas e programas que perpassam as várias estratégias, na área de Atenção Básica à Saúde. Nesse sentido, analisaremos o modelo PAB fixo/variável na implementação de ações concretas desenvolvidas no PACS/PSF/PCCN, por serem propostas que têm na integralidade das ações e na integração institucional, seu eixo articulador.

Reflexões: da integração de programas à integralidade de ações de saúde

Examinaremos também alguns elementos centrais do processo de construção teórico-conceitual da integração de programas verticais e da integralidade de suas ações, no âmbito da Atenção Básica à Saúde¹.

Esse esquema interpretativo guarda estreita coerência com a perspectiva teórica central deste trabalho: olhar o setorial como parte de uma realidade mais abrangente, enquanto política social, com seus determinantes de natureza política e econômica.

Neste sentido, optou-se por privilegiar a dimensão política do emblemático processo reformador do setor saúde brasileiro, conhecido como o movimento da Reforma Sanitária, que neste texto será reconstituído em dois períodos distintos.

É importante destacar que utilizamos a trajetória da construção da noção de programa², bem como as suas respectivas ondas de utilização, verificando que foram gerados marcas e conteúdos distintos. No período inicial, que correspondeu ao final dos anos 70, os programas verticais eram pensados como formas de enfrentamento de problemas, através da utilização de recursos tecnológicos. É característico desse período o Programa de Tuberculose.

No âmbito internacional, em 1978 aconteceu, na República do Cazaquistão, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde (Declaração de Alma-Ata). Ao final desse evento, promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e Juventude (UNICEF), os países participantes assumiram compromisso com a promoção da saúde, envolvendo uma ampla mudança social (considerada de suma importância para o desenvolvimento econômico e social das comunidades e países).

Os governos deveriam formular estratégias que modelassem os seus sistemas nacionais de saúde e a implementação da atenção primária³, por intermédio de programas e serviços essenciais, ampliação da cobertura e do acesso, estruturação de um sistema de referência e participação comunitária; os programas passaram então a ser definidos como tecnologias ofertadas para a difusão de uma determinada técnica considerada como de grande eficácia.

Ainda na ordem internacional, nos anos 80, o UNICEF sofreu uma desvinculação da OMS e, a partir desse momento, passou a defender a universalização do acesso da população aos serviços de saúde, com

introdução de novos atores e incorporação do conceito de “conjunto”. Nesse sentido, torna-se relevante a leitura da Declaração de Alma Ata (realizada no Brasil), que passou então a ser considerada, pela comunidade científica, como um divisor de águas entre o antigo e o moderno campo da Saúde Pública.

É ainda desse período a construção do conceito de “vigilância à saúde” como uma intervenção aos danos e riscos causados à saúde, voltados para a organização de serviços e centrada em três pilares básicos: território, problema e intersectorialidade.

Nessa perspectiva, a nova agenda mundial apresentava como principais “marcas”: constituição de sistemas e *atenção primária em saúde*, descentralização, participação e controle social. Enquanto isso, o conceito de saúde assumia o sentido de um “*estado de pleno bem-estar físico, mental e social*”; posteriormente (já nos anos 80), se consolida na sua visão ampliada de determinação social da doença.

Esse movimento mundial fortaleceu o clima nacional de redemocratização, havendo uma grande mobilização da sociedade, com formação de uma frente democrática, impulsionadora de vários movimentos sociais (sindical, empresariado, partidos políticos). Estes causaram rupturas na ordem autoritária vigente, consolidando um grande projeto de reformas para o Brasil.

Na direção de um “olhar” setorial para a saúde, Paim (1993) afirma que:

“[...] várias proposições do projeto reformista de oposição foram incorporadas ao programa de Ações Integradas de Saúde – AIS – (1983-1986), primeira grande onda reformista na saúde que, crescentemente ampliado nas suas perspectivas iniciais, foi percebido como ‘estratégia-ponte’ em direção a um novo Sistema Nacional de Saúde que integrasse as ações e serviços de saúde, ainda fortemente dicotomizados entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social (através do antigo Instituto Nacional de Assistência da Previdência Social – INAMPS)”.

As AIS constituem, portanto, uma das medidas implantadas como recomendação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP/MPAS, 1981). Apresentavam como objetivos a expansão da rede de serviços e o repasse de recursos do INAMPS para as Secretarias de Saúde, como uma forma de implementar a integração institucional dos programas. Implicou a criação de Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS) em

diferentes estratos governamentais (CRIS – regional; CIMS – municipal; e CLIS - local). Estas representaram as formas iniciais de gestão e participação social, uma vez que os conselhos comunitários eram então incipientes.

Ainda no plano político mais ampliado e contando com ampla participação da sociedade, realizou-se, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, marco histórico na área de saúde. Considerando o processo democrático (claramente) em curso, contou com a realização prévia das Conferências Estaduais e Municipais de Saúde. No evento nacional foram consolidadas, ainda no plano “virtual”, as transformações propostas pela “Frente Sanitária” para a criação do SUS. No plano real e operacional foi implantado, através do Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, o novo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), através da integração das estruturas administrativas do INAMPS nos estados, com as Secretarias Estaduais de Saúde e, posteriormente, com a extinção das Superintendências Regionais e substituição por Escritórios Regionais do INAMPS. O SUDS representou a segunda onda reformista da saúde, bem como um significativo reforço ao processo de “estadualização da saúde”.

Mediante o estabelecimento de convênios entre o MPAS (INAMPS)/ MEC/ MS e as SES, essa instância de poder estadual assumiu a coordenação do processo de descentralização, com atribuições de unificação da rede pública, credenciamento, estabelecimento de contratos e convênios com a rede privada, gestão de unidades assistenciais do INAMPS e municipalização de serviços de saúde. Essa experiência inovadora, desenvolvida nos anos de 1987/1989, incrementou fortemente a compra dos serviços públicos, em detrimento dos serviços privados.

Foi durante o período de vigência do SUDS que surgiu a idéia de estruturação de um modelo assistencial⁴ constituído por sistemas integrados de saúde abrangendo a *atenção básica* (Distritos Sanitários) e a estrutura hospitalar.

O projeto de reforma no setor saúde configurou um modelo de transição, na organização dos serviços, entre o antigo padrão (fortemente) centralizado e a nova proposta de descentralização.

Dado o aprofundamento do debate acerca da atenção básica, em 1986 aconteceu a Primeira Conferência Internacional de Promoção à Saúde, em Ottawa, no Canadá, da qual resultou um dos mais importantes documentos da Saúde Pública Moderna – a Carta de Ottawa – subscrito por 38 países (inclusive o Brasil). Foi uma resposta à crescente demanda por uma nova

concepção de saúde pública no mundo e visava a alcançar a meta “*Saúde para todos no ano 2000*”. Nela são privilegiados os princípios de equidade e justiça social, ressaltando-se a importância de pensar a saúde como uma ação coletiva (trabalhada “com os entornos”) e baseada na transformação política, social e ambiental. A Educação para a Saúde assume a perspectiva de *empowerment*, ou seja, de mudança de comportamento da sociedade (poder de decisão e cidadania). Dessa forma, a Carta amplia o conceito de saúde, delineando para ele alguns critérios e pré-requisitos: “A paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a conservação de recursos, a justiça social e a equidade são requisitos fundamentais para a saúde” (BRASIL/MS, 2001).

No contexto internacional, foi desse período a ascensão do Banco Mundial, com uma agenda de reforma que estimulou a hegemonia neoliberal, evidenciada através da adoção de fortes instrumentos da política econômica (programas de ajustes, empréstimos e dívidas). A saúde passou a ser então compreendida como mercadoria (âmbito privado) e não como um direito social (âmbito público), havendo necessidade de proceder a sua adequação ao ajuste fiscal.

É ainda na década de 80 que ocorre a implementação dos primeiros programas de atenção básica à saúde definidos com o sentido de *integrals*. Porém, pelo fato de sua formulação pelo Ministério da Saúde (através da utilização de técnicas de programação bem simplificadas e severamente criticadas pelo padrão de planejamento CENDES/OPAS) ter ocasionado uma forte fragmentação interna de modelo, propiciou cobertura apenas às populações-alvo e não guardou correspondência com as idéias preconizadas pelo movimento da Reforma Sanitária. Nessa concepção, destacamos como os mais significativos do período os dois programas que contemplavam o binômio mãe-filho, representados pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) e Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

No período intermediário (1986/88), a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) trabalhou no sentido de aprofundar aspectos institucionais e financeiros relativos à reforma proposta, bem como a integração da estrutura administrativa do Ministério da Saúde.

Nesse sentido, enfrentou dificuldades no tocante ao padrão medicalocêntrico privatista excludente, ao financiamento próprio do setor (ambos com acentuada oposição do setor privado) e ao conceito de Seguridade Social. Constatou-se que dos três “problemas” detectados apenas o conceito

de Seguridade Social foi contemplado na Carta Magna de 1988 e mesmo assim desvirtuado e compreendido (erroneamente) como Seguro Social.

Com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, que montou o arcabouço jurídico-legal para a implantação da Seguridade Social e do Sistema Único de Saúde, foi legalmente prevista uma diversificação das fontes de financiamento, para cobrir as novas demandas sociais. Naquela oportunidade foi delegado aos estados e municípios o papel de reguladores na compra de serviços. No que diz respeito à saúde, estava oficializado o SUS, com seus princípios doutrinários essenciais: universalidade, equidade e integralidade, além daqueles organizacionais, referentes à descentralização, universalização, ao comando único, hierarquização e regionalização.

Essa década, portanto, presenciou a crise e os “estertores” finais do regime militar, uma transição democrática conflituosa e ambígua, a elaboração da “Constituição Cidadã”, contendo as mais amplas garantias democráticas e sociais já expressas num texto constitucional brasileiro, terminando com as primeiras eleições diretas para Presidente da República em 30 anos, situação bem assinalada por Noronha & Levcovitz (1994).

Na mesma direção, Kornis & Rocha (1996) mostram que o novo contexto social e político do país em transição democrática promoveu o surgimento de propostas reformistas de caráter universalizante, inscritas na Constituição brasileira de 1988: uma inovadora estruturação da Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social - artigo 194) e o entendimento de que a saúde é um direito de cidadania, a ser atendido pelo Estado e, complementarmente, pela iniciativa privada (artigo 196).

A sociedade civil organizada, acompanhando o processo de democratização da sociedade brasileira, começou a assumir um posicionamento mais crítico no que se refere a essa intervenção setorial, passando a compreender a “Saúde enquanto Direito de Cidadania”.

O inovador sentido de saúde implicou a necessidade de um replanejamento das relações existentes entre profissionais de saúde, usuários e serviços. Foram delineadas então transformações em vários estratos da sociedade, envolvendo favorecidos e pobres, educação de profissionais de saúde e assistência aos usuários.

Em suma, o período histórico da Nova República (Governo Sarney, 1985/89) caracterizou-se pelo avanço de forças reformistas na sociedade, que, no setor saúde, se concentravam em torno da Reforma Sanitária, com propostas de descentralização, com vistas à racionalização de recursos e democratização (autonomia) das políticas e ações de saúde. A Constituição Federal

de 1988, a conhecida “Constituição Cidadã”, pela ampla pauta de direitos reservados aos cidadãos, definiu a saúde como “Direito de Todos e Dever do Estado”.

Em contrapartida, constata-se que durante o período de “transição democrática” e na Constituição Federal, o processo de formulação do “inovador” sistema de saúde priorizou a “negação” da tipologia anterior, em detrimento da configuração de um novo modelo teórico (abstrato). Esse fato ocasionou sérias dificuldades no tocante à implantação das atividades de construção de um sistema “funcional” que contemplasse, além da integração de programas, a integralidade das ações de saúde propostas.

Em 1989, ocorreu a eleição de Fernando Collor, cuja agenda de governo estava baseada em “reformas”, visando à “reconstrução nacional”. Defensor da “modernidade e do mercado livre”, durante o seu mandato (1990/92) houve de imediato um acentuado decréscimo no financiamento público do setor saúde, com recrudescimento das forças políticas conservadoras — a Reforma Sanitária sofreu um período de retrocesso político. Ao mesmo tempo, avançou a municipalização dos serviços de saúde, que, naturalmente, surgiu acompanhada de acordos e soluções locais, com conseqüente perda de espaço de atuação de outros níveis de governo.

O choque neoliberal ao Estado brasileiro levou a uma redução dos gastos públicos, privatização dos serviços, demissões e cortes salariais, e desregulamentação da economia. As políticas sociais universalizantes (conforme a Constituição Federal de 1988) tornaram-se seletivas e voltadas para o “alívio da pobreza”.

O Brasil registrou como principais “marcas” o ajuste econômico neoliberal e o (des)ajuste social, a compensação social implementada através do processo de “americanização” seletiva e a intensificação de uma política neoliberal conservadora de Fernando Collor (“salve-se quem puder”) a Fernando Henrique Cardoso (“empurrar para frente”), também com fortes repercussões no setor saúde.

Se empreendermos um “olhar analítico” para o setor saúde nacional, veremos que a década de 90 se caracterizou por longa e contínua crise de financiamento ocasionada pela ruptura do conceito de Seguridade Social⁵. Essa crise condenou o setor saúde a ser financiado pelas contribuições sociais, cuja arrecadação não rendeu os valores estimados pelos *experts* da área econômica. Acrescente-se a isto os múltiplos e sucessivos confiscos

realizados em prol da estabilidade econômica, além da forte instabilidade das instituições e políticas setoriais, com predomínio do imediatismo e/ou orientações políticas de protelação (“empurrar *para frente*”).

Portanto, a crise se expressou, no limite, pela captação de recursos e foi tratada com uma melhor definição de fontes, quer pela criação de fontes alternativas (CPMF)⁶, quer por sua diversificação, com exigência de maior contrapartida orçamentária dos estados e municípios (EC – 29/2001)⁷.

Tornado dispositivo constitucional, o Sistema Único de Saúde (SUS)⁸ foi regulamentado ao final de 1990 pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOS) n. 8.080/90 e 8.142/90; e suas diretrizes de operacionalização surgiram com a NOB-SUS 01/91 (e sua reedição NOB-SUS 01/92).

Enquanto a Lei n. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, dispunha sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços, a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, tratava da participação da comunidade na gestão do SUS – Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde – e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área.

A edição das LOS ocorreu em uma conjuntura política e econômica desfavorável, o que acarretou uma série de obstáculos à implementação do SUS. A Lei n. 8.080 sofreu 25 vetos, efetuados pelo então Presidente Collor, logo após a sua aprovação pelo Congresso Nacional, com prejuízos (principalmente) aos itens referentes ao controle e participação social, financiamento do SUS e estruturação organizacional do Ministério da Saúde (LEVCOVITZ, 1997). Porém, com a Lei Complementar n. 8.142 foram repostas, em parte, essas questões.

Além disso, apreende-se que a publicação da NOB-SUS 01/91 (bem como as NOB-SUS 01/93 e 01/96) – com vida média de três anos, tinha seu foco centrado no processo de municipalização, e não na conformação de um sistema, na sua organização. Dado o estabelecimento de relações convenientes diretas entre a União e os municípios, o papel da esfera estadual foi secundarizado, apresentando pouco poder de intervenção nos critérios utilizados.

Esta organização do sistema contribuiu com uma lógica de organização do SUS, baseada na concepção de sistemas municipais isolados e sem a articulação e integração imprescindíveis à organização de “redes” hierarquizadas e regionalizadas de serviços de saúde, como preconiza o artigo 198 da Constituição Federal.

Porém, já a partir da NOB-SUS 01/93 e do emblemático documento *Descentralização das ações e serviços de saúde. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei* (BRASIL/MS, 1993), a descentralização do setor saúde passou a ser feita por etapas e a ser compreendida como um processo cuja evolução se encontrava atrelada a pré-condições institucionais dinâmicas, adquirindo um caráter formativo em relação aos estados.

Foram normalizadas novas formas de gestão descentralizada do sistema e de transferência de recursos federais do SUS, constituindo os mecanismos “fundo a fundo”. Nessa oportunidade, foram criados três tipos de habilitação para os municípios – incipiente, parcial e semiplena –, e duas formas distintas para os estados – parcial e semiplena. Para fins de transferência de recursos entre as instâncias governamentais do SUS (do Governo Federal para os estados e municípios), era exigida a habilitação em um dos tipos de gestão previstos na NOB-SUS 01/93.

Vale ressaltar, também, que para o SUS a descentralização era definida na concepção federalista (do exercício da pactuação), uma vez que coube à própria Constituição Federal de 1988 tornar os municípios integrantes da Federação. Essas unidades subnacionais (inicialmente) adotaram um desenho de atuação peculiar, com profunda opção pela individualização e fragmentação da rede de serviços.

Esse foi um processo muito importante de descentralização, que não aconteceu (com tamanha envergadura) em nenhum outro sistema latino-americano e talvez europeu. Com altos e baixos, alcançou um grande número de municípios (os mais importantes na geopolítica) e deu um forte suporte para a sustentação do SUS.

Ao mesmo tempo, observou-se a predominância de uma indefinição de papéis e poderes entre as diferentes esferas governamentais, o que dificultou sobremaneira a unificação do comando do SUS (presente apenas nos seus princípios e diretrizes).

Em síntese, pode-se afirmar que as NOB-SUS constituem instrumentos jurídico-institucionais, bem como estratégias de implementação, que tentam responder ao desafio da operacionalização do SUS nos anos 90, buscando dar continuidade ao processo de descentralização e à estruturação do sistema. Nesta perspectiva, estão voltadas para a regulamentação das relações entre as esferas de governo, no tocante a mecanismos de financiamento, administração dos conflitos e possibilidades do exercício da função indutora e regulatória pela gestão nacional do SUS.

Desta forma, e na busca de um modelo assistencial mais aperfeiçoado, a NOB-SUS 01/96 conseguiu redefinir os seguintes itens como os mais relevantes na operacionalização do SUS:

- promoção e consolidação do pleno exercício do poder municipal, quanto à função de gestor à saúde e à conseqüente redefinição das competências dos estados, do Distrito Federal e da União;
- descrição da responsabilidade sanitária e dos respectivos instrumentos gerenciais de cada instância na prestação de serviços e ações ou na garantia da referência;
- garantia de uma maior participação em mecanismos de transferência direta, regular e automática (fundo a fundo) de recursos financeiros federais a municípios, reduzindo a transferência por remuneração de serviços prestados;
- fortalecimento da gestão pactuada entre as instâncias gestoras do SUS, através de Comissões Intergestores Bipartites (CIBs)⁹ e Comissão Intergestores Tripartites (CIT);
- incentivo à ação de acompanhamento, controle e avaliação no SUS, na perspectiva de um melhor desempenho de rede de serviços. Para atingir esse objetivo, o sistema deveria promover a sobreposição de dois eixos: 1) o aperfeiçoamento de mecanismos já existentes focalizados no faturamento por produção de serviços; 2) a criação de mecanismos inovadores que tenham como centro os resultados oriundos de uma programação efetuada a partir de critérios epidemiológicos;
- estabelecimento de vínculos entre usuários e o SUS, enaltecendo as unidades familiares e comunitárias, bem como criando condições para a ampla e significativa participação e controle social.

Segundo Levcovitz (1997), o processo de edição da NOB-SUS 01/96 teve um longo período de negociação e formulação, que durou doze meses e contou com a participação de vários segmentos da sociedade, além de vários eventos do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Foram ainda, a partir da NOB-SUS 01/96, criadas para os estados e municípios duas condições de gestão diferenciada: Avançada do Sistema Estadual e Plena do Sistema Estadual. Para os municípios, as condições de gestão foram: Plena em Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal de Saúde¹⁰.

Resultado de intensas discussões que buscavam compatibilizar os três princípios organizativos do SUS (descentralização, regionalização e hierarquização), foi publicada em 31 de janeiro de 2001, através da Portaria GM/MS nº 95, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001).

A nova legislação infraconstitucional estabeleceu diretrizes voltadas para o processo de regionalização da assistência, fortalecimento da capacidade gestora do sistema e ampliação dos critérios de habilitação de estados e municípios. Nesse sentido, ampliou as responsabilidades dos municípios e atualizou os critérios de habilitação (em estados e municípios). Torna-se importante salientar que o processo de regionalização, a ser implementado com a NOAS, deve se constituir como um elemento integrante do Plano Estadual de Saúde.

O padrão de financiamento e a implantação das ações: inovando o sistema?

O modelo PAB fixo/variável

Com a edição da NOB-SUS 01/96, através da Portaria n. 2.202, de 5 de novembro de 1996, foi criado o Piso de Atenção Básica (PAB fixo/variável), o novo modelo de financiamento da atenção à saúde¹¹. Foi regulamentado através da Portaria/GM/MS n. 1.882, de 18 de dezembro de 1997, estando em vigor desde fevereiro de 1998. O seu componente variável teve o montante de recursos definidos através da Portaria/GM/MS n. 1.885, de 18 de dezembro de 1997.

Surgiu como um aperfeiçoamento do modelo de financiamento até então existente (pagamento por produção de serviços) do SUS e representou uma proposta de transição efetiva em direção a um novo padrão baseado em dados epidemiológicos, nosológicos, necessidades e oportunidades de saúde (como referência de planejamento e oferta de serviços) dos distintos grupos populacionais e comunidades, e não somente nos equipamentos (e sua produção) já existentes. Isto assume um significado singular, ao compreendermos que a diversidade desses padrões é decorrente tanto do contexto socioeconômico e cultural, do perfil demográfico, do meio ambiente e das disparidades regionais, quanto da qualidade e acesso à oferta de ações e serviços de saúde.

O PAB constituiu, portanto, um mecanismo direto e automático de repasse de recursos financeiros federais para os municípios, no desenvolvimento de ações básicas de saúde. Mudou a lógica de pagamento por procedimentos (tradicional desde a época da Assistência Médica da Previdência, nos anos 70), através da substituição do pagamento por produção pelo financiamento *per capita*.

A partir da edição dessa NOB, da criação do Piso de Atenção Básica (PAB) e da implementação acelerada do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), tem início nova fase de um processo de reforma do SUS, que alguns analistas vêm como de caráter “incremental”¹² do sistema, na qual o governo central privilegiou a consolidação do município como gestor à saúde.

Quanto a sua constituição, o Piso de Atenção Básica (PAB) foi formado por um componente fixo, destinado à assistência básica, e outro variável, relativo a incrementos para o desenvolvimento de ações estratégicas em saúde.

O componente fixo do PAB, baseado na remuneração *per capita* e na idéia de expansão progressiva, tem seus recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde (FES e FMS), destinados ao cumprimento de ações básicas, tais como: consultas médicas em especialidades básicas, atendimento odontológico básico, vacinação, assistência pré-natal, atividade de planejamento familiar pequena cirurgia, atividades do agente comunitário de saúde, orientação alimentar e nutricional, ambulatorial e comunitária, assistência ao parto domiciliar por médico do Programa de Saúde da Família e atividades de pronto-atendimento.

A parte fixa é calculada pela multiplicação entre o valor *per capita* nacional (R\$ 10,00 a 18,00/hab/ano) e a população de cada município (fornecida pelo IBGE). O valor *per capita* varia de acordo com negociações entre os municípios e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e deve ser ainda aprovado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e votado no Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Já no seu componente variável estão previstos incentivos que variam de acordo com a implementação de cada uma das ações adicionais. Dentre essas ações, destacamos aquelas que mantêm uma integração, legalmente prevista, a saber: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN).

A partir da (real) implementação da NOAS-SUS 01/2001, no âmbito de estados e municípios, novos procedimentos serão acrescentados à Atenção Básica à Saúde, dentre os quais destacamos: Controle de *Diabetes Mellitus*, Hipertensão, Tuberculose, Erradicação da Hanseníase, Ações da Saúde da Criança, da Mulher (de Saúde Bucal e Vigilância Nutricional). Isso fará com que tanto a sua forma de gestão quanto o seu modelo de repasse de recursos federais (Plena em Atenção Básica e PAB) sejam ampliados e passem a constituir a Gestão Plena em Atenção Básica Ampliada (GPABA) e o Piso de atenção Básica Ampliado (PABA).

As estratégias de saúde e nutrição: PACS, PSF, PCCN

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi inspirado em experiências anteriores de prevenção de doenças, através de informações e orientações sobre cuidados de saúde e grupos de risco. Foi criado em 1991 e implementado, assim como o PSF (1993), na Região Nordeste, em áreas situadas abaixo da linha da pobreza e incluídas no Mapa da Fome, traçado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), com elevadas taxas de mortalidade infantil e sem acesso aos serviços de saúde. Além desse critério, houve ainda, por parte do nível federal, uma forte indução inicial para a priorização de municípios inseridos também no Programa Comunidade Solidária (CS), no Programa de Redução da Mortalidade na Infância (PRMI) e no Polígono da Seca (PS).

Inicialmente, entre 1991 e 1993, o PACS foi financiado através de uma modalidade convenial estabelecida entre o Ministério da Saúde e os municípios. Esse mecanismo de repasse de recursos financeiros exigiu a instituição do Fundo e do Conselho Municipal de Saúde, previsto nas Leis Orgânicas de Saúde (n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e da sua Lei Complementar n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990) e a sua normalização através da NOB-SUS 01/91. O mesmo critério era exigido para os convênios do PSF.

A partir de 1993 e até a implantação do PAB, em fevereiro de 1998, o PACS¹³ passou a ser remunerado pela tabela de procedimentos ambulatoriais do SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS). Vale ressaltar que durante “longos” cinco anos o padrão de financiamento da saúde continuava atrelado ao modelo de produção de serviços (e do seu respectivo faturamento), com as suas inegáveis repercussões (negativas) sobre as características do sistema de atenção à saúde.

O PACS foi considerado, pelo gestor federal (BRASIL/MS, 2000), como uma estratégia-ponte para o Programa de Saúde da Família (PSF), por aglutinar elementos, tais como: concepção ampliada de saúde, demanda por busca ativa, enfoque centrado na unidade familiar e articulação com a comunidade.

Atualmente, conforme a Portaria n. 3.122, de 2 de julho de 1998, do Ministério da Saúde, o repasse de recursos federais para o PACS tem como base de cálculo o valor de R\$ 2.200,00/agente/ano, onde cada agente assiste em média a 550 pessoas. Além desse valor, o município receberá recursos adicionais do PAB, de acordo com os seguintes critérios de cobertura populacional:

- acréscimo de 1% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município;
- acréscimo de 2% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município;
- acréscimo de 3% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

Segundo Sousa (2000), até o final do ano 2000 estava presente em 27 estados, no Distrito Federal e em 4.610 municípios, contando com 145.299 ACS distribuídos em todo o território nacional, o que permite uma cobertura populacional a 50,96% dos brasileiros. Vale ressaltar que os principais atores do programa apresentam uma postura de verdadeiros agentes políticos, o que torna o processo de mudança de modelo assistencial (teoricamente) irreversível.

Isso guarda estreita relação com o fato de que, além de os ACS pertencerem à própria comunidade, eles residem no local de trabalho e apresentam (fortes) articulações com as associações de bairro. Por outro lado, se fizermos um contraponto com o PSF, vamos observar que enquanto os ACS apresentam um significativo “enraizamento” na comunidade, profissionais das equipes de saúde da família apresentam um elevado grau de transitoriedade. As ações dos ACS devem ser acompanhadas e orientadas por um instrutor lotado na unidade de saúde.

Quanto à sua vinculação institucional, tanto o PACS quanto o PSF foram inicialmente gerenciados pela Fundação Nacional de Saúde (FNS). Em 1995, ambos foram transferidos para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS), adquirindo *status* de programas de concepção integral e integrados na

sua organização interna.

Porém, em fevereiro de 2000, ambos os programas foram remanejados para o Departamento de Atenção Básica (DAB), vinculado à Secretaria de Políticas Públicas de Saúde (SPS). Esta mudança representa outra modalidade de institucionalização. Por outro lado, e talvez seja o ponto central, passa a ser a “menina dos olhos” do Ministério da Saúde (e do atual ministro).

O Programa de Saúde da Família (PSF) tem ainda como objetivo a reorganização da prática assistencial, com a atenção centrada na família entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social – é a principal estratégia de organização da atenção básica. Foi incorporado ao Ministério da Saúde em 1993, instituído através da Portaria n. 692, e vem sendo operacionalizado pelas Secretarias Municipais de Saúde.

É uma estratégia organizada a partir de uma Unidade (Pública) de Saúde da Família que prioriza as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, tratamento e reabilitação de agravos, através de uma equipe multiprofissional, responsável por uma determinada população. Formada por (no mínimo) um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis ACS (de acordo com a população coberta), cada equipe engloba de 2.400 a 4.500 pessoas. Outros profissionais, como odontólogo, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta ou psicólogo, poderão ser incorporados às equipes de saúde da família ou formar equipes de suporte, de acordo com as necessidades e possibilidades dos municípios. O PSF, portanto, reafirma e incorpora os pressupostos básicos do SUS referentes à universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

O financiamento dessas estratégias envolve, além de recursos federais, as contrapartidas estaduais e municipais. Durante os anos de 1994 e 1995, os recursos foram repassados através de convênios firmados entre o Ministério da Saúde e os municípios. Porém, a partir de 1996 e até 1998, passou a ter os seus serviços remunerados pela tabela de procedimentos ambulatoriais do SIA/SUS, que inclui: visita domiciliar por técnico de nível superior, consulta e atividade de enfermagem, visita domiciliar por técnico de nível médio e por ACS, bem como atividade de educação em saúde (e até de promoção à saúde).

De acordo com a Portaria n. 3.122, de 2 de julho de 1998 / MS, o PSF teve como base de cálculo o valor de R\$ 28.000,00/equipe/ano. Além deste valor básico, o município poderá ainda receber outros recursos adicionais, conforme os critérios abaixo descritos:

- acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população

coberta, até atingir 60% da população total do município;

- acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município;
- acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

Os acréscimos relativos ao PAB variável não podem exceder 30% do valor do PAB fixo do município. Vale a pena ressaltar que os percentuais não são cumulativos quando a população recebe assistência simultânea do PACS e PSF.

Em 12 de novembro de 1999, através da Portaria n. 1.329/GM/MS, foi criada outra fórmula¹⁴ para o cálculo desse incremento adicional financeiro. Essa fórmula normalizou e tornou fixo um número menor de pessoas atendidas por cada equipe de Saúde da Família. A redução de 4.500 para 3.450 pessoas/equipe ocasionou, em regiões de aglomerados urbanos, um decréscimo na cobertura e no valor do incentivo financeiro.

A determinação do valor do incentivo financeiro passou a ser calculada pela cobertura populacional das equipes de saúde da família num determinado município. Esse incentivo apresentou uma variação entre R\$ 28.000,00 a R\$ 54.000,00 por equipe/ano, caso a cobertura populacional fosse menor que 5% ou maior que 70%.

Porém, a partir da Portaria n. 1.013, de 8 de setembro de 2000, ocorreram modificações nessa metodologia. Ficou determinado que para o cálculo da faixa de cobertura seriam utilizados os dados da população cadastrada no Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), sendo criada uma nova fórmula¹⁵ para o referido cálculo. A partir de 2001, cada equipe saúde da família passou a receber um *kit* com medicamentos básicos, enviados (diretamente) pelo MS.

Além desses mecanismos de incentivos propostos pela NOB-SUS 01/96, o PSF é ainda contemplado com recursos do Projeto de Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS)¹⁶, destinados aos investimentos nas unidades assistenciais e na criação de Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, nos estados, através de articulações entre as Secretarias de Saúde e instituições de ensino superior. Os Pólos de Capacitação têm como objetivo principal contribuir com a Política de Recursos Humanos em Saúde, incluindo novos saberes e práti-

cas, necessários à efetivação do programa.

Atuam em três momentos distintos no processo de capacitação de pessoal para saúde da família: 1) treinamento introdutório, no momento em que ocorre a inserção dos profissionais nas equipes; 2) educação permanente em serviço, com introdução de temas técnicos que satisfaçam as realidades epidemiológicas e nosológicas, bem como as necessidades das equipes; 3) nível de formação profissional, seja de graduação ou de pós-graduação (especialização e residência em Saúde da Família).

Em decorrência da forte indução realizada nos últimos meses pelo Ministério da Saúde, o PSF vem sofrendo uma rápida e singular expansão. Segundo Sousa (2000), ao final do segundo semestre de 2000, o PSF estava implantado em 3.090 municípios, contando com 10.473 equipes e beneficiando 22,04% da população brasileira, o que corresponde a uma cobertura populacional de cerca de 27 milhões de pessoas.

Outro elemento técnico importante na discussão do PSF diz respeito à prática do planejamento local, que exige a organização de uma base municipal de um Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB) nas Unidades de Saúde da Família e que, de acordo com o *Manual para a Organização da Atenção Básica do MS*, “constitui um sistema gerencial estratégico no monitoramento das ações do PSF”. O SIAB apresenta os seguintes dados de alimentação obrigatória: 1) dados cadastrais das equipes de saúde da família; 2) dados cadastrais das famílias acompanhadas pelo PSF.

Caso não haja alimentação dos sistemas de informação – Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) – por um período de dois meses consecutivos ou três alternados durante o ano, acontecerá a suspensão do programa¹⁷.

No período compreendido entre 1997/1999, foram apurados indicadores de morbidade (prevalência de diarreia em menores de dois anos, incidência de baixo-peso ao nascer, prevalência da desnutrição em crianças menores de um ano e de 12 a 23 meses) e de mortalidade (taxa de mortalidade infantil, proporcional, por diarreia, por IRA, proporcional de mulheres de 10 a 49 anos) que, ao serem submetidos a uma mensuração, a partir de ações no âmbito do MS e dos municípios, revelaram significativas alterações (positivas) no perfil sanitário das populações assistidas, com destaque para a atuação de Equipes de Saúde da Família, segundo alguns autores, como

Viana (2000) e Sousa (2000).

Como uma “estratégia de ação” da área de saúde e nutrição voltada para o combate à desnutrição energético-protéica (DEP) e às carências nutricionais específicas, foi criado, através da Portaria Ministerial GM/MS n. 2.409, de 23 de março de 1998 (modificado pela Portaria n. 709, de junho de 1999), o Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN). Sucedâneo do Programa de Apoio aos Desnutridos e às Gestantes em Risco Nutricional, mais conhecido como o Programa “Leite é Saúde”¹⁸, tem como objetivo “prestar uma ação integral à saúde de crianças menores de 24 meses, filhos de mães soropositivas para HIV com idade inferior a 6 meses, gestantes e idosos em risco nutricional e crianças de 24 e 59 meses” (BRASIL/MS/PCCN, 2000).

O PCCN é, portanto, constituído por dois eixos:

- 1) suplementação alimentar de crianças de 6 a 23 meses (grupo-alvo prioritário), mediante o fornecimento de um litro de leite integral em pó (ou fluido pasteurizado, com um mínimo de 3% de gordura) por dia e uma lata de óleo de soja por mês;
- 2) atividades de promoção, prevenção e recuperação nutricional para os demais grupos (já descritos anteriormente).

Assim, além da distribuição do leite e óleo de soja¹⁹, destinada às recuperações nutricionais, estão ainda previstas atividades no âmbito da promoção à saúde e prevenção de doenças, dentre as quais destacam-se: incentivo ao aleitamento materno exclusivo (até o 6º mês de vida) ou misto (até os 2 anos), com inclusão de orientação à técnica adequada de amamentação; orientação alimentar e nutricional, com base nos princípios da alimentação saudável, durante o período da amamentação e na introdução de alimentos complementares no esquema alimentar da criança e no desmame (após o 6º mês); reforço à importância de cumprimento do calendário de consultas e de vacinação para a promoção do estado nutricional da criança e gestante, assegurando o registro de dados (corretos) nos seus respectivos cartões; reforço aos cuidados com a higiene corporal da mãe, da criança, dos alimentos e do ambiente, além da saúde bucal; controle e monitoramento do estado nutricional (no caso de crianças, através do CD e de gestantes, do pré-natal); ações educativas de prevenção da desnutrição e das carências de micronutrientes (ferro, vitamina A e iodo).

Além dessas ações de promoção à saúde, estão ainda previstas, no

âmbito do programa, as distribuições de medicamentos para o combate às deficiências de ferro e vitamina A e as ações de combate às carências nutricionais específicas para os filhos de mães soropositivas para HIV com idade inferior a 6 meses.

Essas ações deveriam assegurar a qualidade biológica, sanitária e tecnológica dos alimentos e seu aproveitamento, estimulando práticas alimentares e estilos de vida saudáveis.

Para o recebimento de incentivos financeiros adicionais (ICCN - Incentivo às Ações de Combate às Carências Nutricionais), previstos para o financiamento do programa, há exigências adicionais do MS, a serem cumpridas pelos municípios: integrar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e elaborar o Plano Municipal de Combate às Carências Nutricionais, em consonância com o seu Plano Municipal de Saúde.

O financiamento do ICCN apresenta dois componentes básicos:

- 1) o fixo, calculado a partir do número estimado de crianças de 6 a 23 meses em risco nutricional²⁰ x custo previsto para a recuperação nutricional (R\$ 180,00/criança/ano)²¹;
- 2) o variável ou adicional, que se destina ao financiamento de outras atividades de promoção, proteção e recuperação, e cujo valor irá até 50% dos custos calculados para essas atividades de recuperação nutricional no município.

Os dados antropométricos destinados ao SISVAN são então produzidos a partir de indicadores preconizados pelo MS e utilizados como referências municipais:

- 1) para crianças, a relação utilizada corresponde ao peso x idade (P x I), padrão de classificação do *National Center for Health Statistics* (NCHS/OMS) e distribuição em percentis;
- 2) para as gestantes, a avaliação é realizada através da Classificação de Pedro Rosso e da relação curva de peso x altura, desenhada a partir da representação expressa em percentual de peso em relação à idade gestacional.

Neste sentido, o combate às carências nutricionais específicas (deficiência de ferro e vitamina A), voltadas para os grupos de maior vulnerabilidade à desnutrição energético-protéica, passou a ser prioridade na agenda da política de saúde. A Coordenação de Alimentação e Nutrição/MS é a unidade responsável pela implantação do incentivo no nível federal do governo. Há, porém, parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde,

com centros e ministérios colaboradores.

A liberação dos recursos dependerá da sua aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), considerando parecer da Secretaria Estadual de Saúde (SES), da aprovação técnica da Secretaria de Políticas de Saúde do MS, da deliberação favorável da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e da homologação em Portaria pelo MS.

A captação da clientela beneficiária deve ser realizada por intermédio de agentes comunitários de saúde, demanda espontânea, SISVAN e outros serviços prestados pelas unidades de saúde, com destaque para os Programas de Pré-natal e Crescimento e Desenvolvimento.

Aos agentes comunitários de saúde cabe realizar a busca ativa da clientela, a ser encaminhada ao serviço de saúde (SISVAN), assim como realizar visitas aos faltosos e orientar e divulgar o programa.

Os dados fornecidos pelo PACS e PSF servem de base para os cálculos de população coberta e, portanto, dos valores destinados a cada município. O acompanhamento e o controle desse incentivo são realizados através de relatório semestral de prestação de contas dos municípios, por técnicos da área de alimentação e nutrição, à Secretaria Estadual de Saúde, devendo contemplar aspectos relativos à compra, armazenamento e distribuição do produto adquirido. Já em nível nacional, o INCC recebe a colaboração do Conselho Nacional de Saúde, Tribunais de Contas e Secretarias do Ministério da Saúde. A prestação de contas deverá ser aprovada no respectivo Conselho Municipal de Saúde e no Tribunal de Contas do estado e município.

Segundo dados do MS (BRASIL/MS, 2000), o PCCN está presente em 88,5% dos municípios brasileiros e beneficia 92,5% da sua clientela-alvo. Sua cobertura vem-se dando na direção dos municípios definidos como prioritários pelos programas de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) e Comunidade Solidária (CS), além de privilegiar os municípios do Polígono da Seca. O PCCN apresenta, portanto, um certo grau de integração institucional e de organização interna com o PACS e o PSF, e constitui outra iniciativa do Ministério da Saúde, no sentido de alcançar a integralidade de ações de saúde.

Significa uma convergência entre as Políticas de Saúde e a de Alimentação e Nutrição e, de forma conjunta com o PACS/PSF, constitui ações estratégicas de saúde (e nutrição) que visam a contribuir para o fortalecimento (em termos de resolutividade) da Atenção Básica à Saúde e conseqüente redução de gastos com a média e alta complexidade. Acreditamos

que as contrapartidas financeiras estaduais e municipais, aliadas à prioridade e ação política local, sejam importantes na garantia de uma atenção integral à saúde da população, propiciando uma forma hierarquizada e regionalizada de organização da rede, e procurando garantir aos cidadãos (e não usuários) a referência e contra-referência aos serviços assistenciais. Isso tudo na perspectiva da promoção à saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Nesta perspectiva, acredita-se que as razões de ordem econômica se dão pelo fato de que, apesar de ser consensual a necessidade de maiores investimentos na área da saúde (e nutrição), estes são limitados pela falta de prioridade política orçamentária. A isso se acresce a “concorrência” com outras áreas governamentais e a insatisfação dos cidadãos, para pagarem mais impostos para obtenção de tão “modestos” resultados.

Desta forma, o financiamento público passa a ser expressão de um “pacto de solidariedade” entre o Estado e a sociedade, explicitado através da política de saúde e materializado por intermédio de ações, projetos e programas voltados para a assistência à saúde da população.

No cenário constatou-se que os desejos de mudanças dos anos 80 se defrontaram com a dura realidade do ataque ao SUS nos anos 90. O fato por si só configura desafios no debate sanitário contemporâneo relativo a globalização econômica, políticas sociais, políticas de saúde (SUS) e à crise (política) do Estado brasileiro. Além disso, da intenção dessas políticas públicas para a sua real implementação há uma distância tão grande quanto a do discurso para a prática no âmbito de instituições de saúde, verdadeiros pólos de lutas e contradições.

Deve-se considerar também que aos problemas não resolvidos em tempos pretéritos acrescentaram-se novos questionamentos, desvelados (de forma inicial) neste texto. Tal fato nos levou a concluir que há uma premente necessidade da descoberta de fórmulas “inteligentes” (e de lacunas legais) que possibilitem a implementação de projetos alternativos locais para o futuro, imbuídos da consciência do ressignificado da “travessia” que representa o momento atual. Nessa direção, ressalta-se a premente necessidade da “real” adoção, pelo governo, de medidas de caráter mais abrangente, permanente e duradouro voltadas à área da saúde.

Portanto, o desafio brasileiro consiste no enfrentamento de uma dupla jornada: assumir o seu subdesenvolvimento e viver a modernidade. E, ainda, assumir que determinados conceitos do SUS, presentes no âmbito de dife-

rentes políticas de saúde (e de seus modelos assistenciais) não conseguiram ainda atingir algumas questões centrais e pouco resolvidas, como aquelas relacionadas à qualidade²², efetividade²³ e integralidade na oferta de ações e na prestação de serviços de saúde de natureza pública.

Considerações finais

Diante do processo de transição democrática de construção e desenvolvimento do SUS e frente à “avalanche” neoliberal sobre a saúde, torna-se necessário ressaltar alguns conceitos do SUS presentes nas distintas políticas e pouco resolvidos até o presente momento.

Em primeiro lugar, o fato de a saúde no Brasil ter sido “americanizada” fez com que o princípio da equidade não se cumprisse (integralmente), estando em processo de transição. Consta-se que o sistema público é usado (predominantemente) pelos pobres, carentes de voz e de canais condutores de suas reivindicações. Enquanto isso, aqueles que mantêm uma inserção formal no mercado de trabalho possuem um plano privado (ou não-estatal).

Quanto à integralidade – apesar de sua conformação ter sido iniciada no contexto reformista e de ter sofrido influência de elementos marcadores, como racionalização (entendida como a nova ordem das necessidades de saúde), uso privado da noção do público, autoritarismo na medicina e exclusão – esta não foi ainda (plenamente) concebida enquanto princípio do SUS. Seu peculiar caráter amorfo tem dificultado a concepção de práticas integrais e integradas ao sistema. Neste sentido restrito, torna-se equivalente à “integralidade ao básico”, cujo conceito tem sido apropriado (indistintamente) como elemento justificador de políticas e práticas de saúde.

Torna-se ainda imprescindível considerar que no campo da macropolítica o SUS levou a mudanças decorrentes do nascimento de novos atores político-institucionais: o município e as Secretarias Municipais de Saúde (instituições permanentes e contínuas).

Além disso, permitiu o estabelecimento de mecanismos de gestão social (Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, Comissões Intergestores Bipartites e Comissões Intergestores Tripartites), o que levou a uma maior democratização nas relações Estado/sociedade e União/estados/municípios; ao surgimento de novos atores políticos (conferências e plenárias); ao aumento da base técnica setorial (reciclagem e treinamento de recursos

humanos em técnicas de gestão e orçamento); ao desenvolvimento de experiências e de modelos alternativos e capacidade de convivência do velho com o novo padrão de sistema de saúde, propiciando (naturalmente) a tendência à integração da cultura institucional.

Na tentativa de fazer uma “tessitura” entre os campos macro e micro, no âmbito das políticas de saúde e das instituições, torna-se necessário identificar a presença de atores concretos, institucionais, nos serviços, programas e projetos, os quais de alguma forma influenciam os avanços e entaves²⁴ do processo reformador. Acredita-se que a interação cooperativa entre esses atores permita a implementação da política de saúde.

Desta forma, para uma maior eficácia na sua implementação, deve-se considerar tanto o plano histórico-estrutural quanto o microinstitucional (subjetividades do cotidiano). E, numa última instância, será a conjunção entre esses dois campos que permitirá aos analistas apreenderem as mediações existentes ao longo do processo.

A partir desse prisma, torna-se imprescindível identificar as distintas estratégias de implementação de políticas, projetos, programas e ações de saúde, com o intuito de distinguir as regras do jogo do poder que se movimentam nas diferentes arenas, envolvendo uma grande complexidade de questões, atores (prestadores privados de serviços, atores públicos federais e subnacionais e entidades civis ligadas à saúde, defensores dos direitos dos cidadãos) e interesses.

Notas

- ¹ Atenção Básica à Saúde corresponde a um conjunto de ações individuais ou coletivas, localizado no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde. Objetiva a promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação. Tem como base os pressupostos do SUS presentes na LOS n. 8.080/90.
- ² Segundo Mattos (1997), programa é um conjunto de ações formuladas e propostas por uma agência institucional, na tentativa articulada de enfrentar um problema público ou alguns de seus aspectos. Deve ser compreendido como um indutor do processo de formulação de políticas.
- ³ De acordo com Haq (1996), Atenção Primária em Saúde é o campo da medicina onde acontece o contato inicial entre o paciente e o serviço, através de uma oferta de atenção integral (curativa e preventiva) desenvolvida por membros de uma equipe

multidisciplinar de saúde.

- 4 Segundo Paim (1993), Modelo Assistencial corresponde a combinações tecnológicas conformadas a partir dos danos e riscos à saúde, que caracterizam o perfil e as necessidades sociais de saúde, historicamente construída, de uma determinada população.
- 5 De acordo com Levcovitz (1997), foi a supressão unilateral pelo Ministério da Previdência Social (MPS), com o apoio do Ministério da Fazenda (MF), da transferência dos recursos da fonte de Contribuição sobre Folha de Salários ao Fundo Nacional de Saúde (e a sua substituição pelos valores arrecadados através das Contribuições Sociais – COFINS e CLLS), sob o argumento da premência de um montante adicional para a cobertura de benefícios pecuniários da Previdência Social o que ocasionou a ruptura do conceito de Seguridade Social e a “crise do financiamento” da saúde.
- 6 Segundo Rocha (1997), a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) aprovada pelo Congresso Nacional, em 1996, a partir de um Projeto de Emenda Constitucional (PEC n. 256/95), foi criada como uma fonte adicional e alternativa de receita para o setor saúde, que já apresentava profundas deficiências de caráter orçamentário e financeiro.
- 7 A Emenda Constitucional da Saúde (EC n. 29/2000), de 13 de setembro de 2000, previu progressivas contrapartidas orçamentárias e financeiras da União, estados e municípios, para o setor saúde, e tramitou no Congresso Nacional como a conhecida e referenciada Proposta de Emenda à Constituição (PEC n. 169/93).
- 8 Segundo Viana (2000), o SUS constitui um modelo público de prestação de serviços e ações de saúde em nível nacional. Tem como objetivo **integrar** os subsistemas de saúde pública (medicina preventiva) e de assistência previdenciária (medicina curativa), além dos serviços públicos e privados, em regime de convênio ou de contrato, em um sistema único e nacional.
- 9 As CIBs se constituíram como novos espaços de conflitos e pactuações regionais.
- 10 Conforme Viana & Dal Poz (1998), a habilitação do município em Plena de Atenção Básica significou a gestão de todos os recursos para a assistência básica, enquanto a Plena de Sistema Municipal de Saúde implica gestão de todos os recursos para a assistência à saúde. Para ambas as modalidades, o gestor municipal é o responsável pela contratação, auditoria e pagamento dos serviços de saúde.
- 11 Neste texto, Atenção Básica à Saúde corresponde a um conjunto de ações individuais ou coletivas, localizadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde e apresenta como objetivos a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Tem como base os pressupostos do SUS presentes na LOS n. 8.080/90.
- 12 Segundo Viana & Dal Poz (1998), a “Reforma Incremental do SUS” significou pequenos e sucessivos ajustes no seu funcionamento: no desenho e operação da política, nas formas de organização dos serviços, nas modalidades de alocação de recursos, nas formas de remuneração das ações de saúde e no modelo de prestação de serviços.
- 13 O PACS teve suas normas e diretrizes aprovadas através da Portaria n. 1.886/GM/MS, de 18 de dezembro de 1997, sendo ainda estabelecidos, através da Portaria n. 157/GM/MS, de 12 de fevereiro de 1998, os critérios de qualificação dos municípios aos

incentivos do PACS e PSF.

- 14 $C = [(E * 3.450) / P] * 100$, onde:
C = Cobertura populacional do programa em percentual, arredondada para uma casa decimal;
E = Número de equipes de saúde da família;
P = Número de habitantes, segundo a Portaria n.05/99 – IBGE.
- 15 $C = (Pc/Pt) * 100$, onde:
C = faixa de cobertura, em percentual arredondado para uma casa decimal;
Pc = população cadastrada no SIAB;
Pt = população total do município.
- 16 O Projeto de Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS) constitui um projeto de investimento de iniciativa do MS e que conta com o apoio e financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do Banco Mundial, além dos Ministérios da Fazenda e do Planejamento. Suas ações foram organizadas em torno de dois eixos básicos: 1) apoio à melhoria da capacidade e da eficiência do SUS; 2) promoção de inovações na administração do setor saúde.
- 17 Segundo MS, Art. 12 da Portaria n. 157, de 12/02/1998.
- 18 O Programa “Leite é Saúde”, apesar de apresentar o mesmo objetivo do PCCN, tinha o seu repasse de recursos realizado através de convênio.
- 19 O óleo de soja é recomendado como suplemento alimentar energético e importante fonte de ácidos graxos essenciais ao organismo humano, além de servir de transporte para as vitaminas lipossolúveis A, D, E e K.
- 20 O MS utilizou o modelo estatístico de predição do estado nutricional elaborado pelo NUPENS/USP para estimar o número de crianças em risco nutricional em todos os municípios do país. Considerou também a evolução regional da prevalência da desnutrição entre os anos de 1989/1996 e um fator de correção entre as relações antropométricas estatura/idade e peso/idade. São consideradas como “criança em risco nutricional” aquelas encontradas abaixo do percentil 10, da relação peso x idade, de acordo com o Cartão da Criança utilizado na rotina dos serviços públicos de saúde.
- 21 O custo previsto para a recuperação nutricional (R\$180,00/criança/ano ou R\$ 15,00/criança/dia) foi realizado pelo MS, em 1988, e tomou como base a média nacional de preços (3,6 Kg de leite em pó e uma lata de óleo de soja), fornecida pela Secretaria de Acompanhamento de Preços/MF. Atualmente, foi facultada aos municípios a opção entre o ICCN e a Bolsa-Alimentação (incentivo social direto).
- 22 Segundo Pereira (1995), a aferição da qualidade pode ser compreendida como o grau de adequação alcançado na execução de ações e serviços de saúde.
- 23 Neste texto, o termo *efetividade* é definido como a capacidade de produzir o efeito desejado, quando em “uso rotineiro”, ou seja, é a relação entre o impacto real e o potencial.
- 24 Desmonte da concepção de Seguridade Social, “desvios” de recursos destinados à política social, agravamento da situação sanitária, expansão descontrolada dos planos e seguros de saúde; modelo de financiamento (compra e venda de serviços) influenciando negativamente o modelo de atenção (hospitalocêntrico) e reformas constitucionais (legais) em curso.

Referências

ARRETCHE, M. T. S. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. (Orgs.). *A miragem da pós-modernidade, democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 127-152.

BRASIL. Congresso Nacional. *Lei Complementar n. 101*, de 4 de maio de 2000. Lei de Responsabilidade Fiscal. Brasília: Gráfica do Congresso, 2000.

_____. *As ações de saúde contra a seca*. Brasília. Secretaria de Políticas Públicas, 2001.

_____. *Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 2000.

_____. *Avaliação Qualitativa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994. 72 p.

_____. *Cadernos de Saúde da Família: construindo um novo modelo*. Brasília: MS, ano I, n. 1. 1996. 64 p.

_____. *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei*. Brasília: MS, 1993.

_____. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB-SUS 01/96*. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília: MS, 1997.

_____. *Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS – NOAS-SUS 01/2001*. Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001/GM/MS. Brasília, 2001.

_____. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília. Secretaria de Políticas de Saúde, 1999.

_____. *Programa Bolsa-Alimentação*. Brasília, Secretaria de Políticas Públicas, 2001.

_____. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS*. Brasília. Secretaria Executiva, 2000.

_____. *Programa de Atendimento aos Desnutridos e às Gestantes em Risco Nutricional: “Leite é Saúde”*. Brasília: MS, 1993. 15 p.

_____. *Programa e Combate às Carências Nutricionais –PCCN*. Brasília. Secretaria Executiva, 2000.

_____. *Programa Saúde da Família – PSF*. Brasília. Secretaria Executiva, 2000.

_____. *Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.

_____. *Promoção da Saúde*. Brasília: MS, 2001.

_____. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Secretaria da Assistência à Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério do Planejamento. IPEA. *O Plano de Combate à Fome e à Miséria: princípios, prioridades e mapa das ações de governo*. Brasília: IPEA, 1993c.

CASTRO, J. *Geografia da Fome*. Rio de Janeiro: Antares, 1980.

DAIN, S. *Do direito social à mercadoria*. Rio de Janeiro, 2000. Tese (Concurso Público de Títulos e Provas para Professor Titular) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

FIORI, J. L.; KORNIS, G. E. M. Além da queda: economia e política numa década enviesada. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Orgs.). *Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994, p. 1-42.

GUEDES, A. E. L. “*Leite é Saúde*”. O processo de implantação do Programa de Atendimento aos Desnutridos e às Gestantes em Risco Nutricional em Natal. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000 (mimeo).

HAQ, C. *et al.* Donde no hay médico da familia: el desarrollo de la medicina familiar en el mundo. *Boletín de la Oficina Sanitaria Pan-americana*. Washington, EUA. v. 120, n. 1, p. 44-58, 1996.

HARTZ, Z.M.A. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. *Divulgação Em Saúde Para Debate*, v. 21, p. 29-35, dezembro, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2000: Resultados Preliminares*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

KORNIS, G. E.; ROCHA, P. M. *A saúde no Brasil dos “Tucanos”*: quo vadis? Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1996 (Série *Estudos em Saúde Coletiva*, 144).

LEVCOVITZ, E. *Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS*. Rio de Janeiro, 1997. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social da UERJ, 1997 (mimeo).

LIMA, L. D. *O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde: um estudo das relações intergovernamentais na CIB do RJ*. Rio de Janeiro, 1999. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social da UERJ, 1999 (mimeo).

LUCHESE, P. T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: A implementação do Sistema Único de Saúde. Retrospectiva 1990/1995. *Planejamento e Políticas Públicas/ IPEA*, n. 14, p. 75-156, 1996.

MATTOS, R. A. *Desenvolvendo e oferecendo idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial*. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social da UERJ. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000 (mimeo).

_____. *Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/AIDS: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro*. Rio de Janeiro: LACCASO, 1998.

MENDES, E. V. As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. (Org.). *O Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

NATAL. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Plano Municipal de Combate às Carências Nutricionais*. Natal/RN, 2001 (mimeo).

NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. AIS – SUDS – SUS: Os caminhos do direito à Saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (orgs.). *Saúde e Sociedade no Brasil*. Anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994, p. 71-111.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUARIOL, M. Z. (Org.) *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. p. 455-466.

PINHEIRO, R. *Da defesa do aço à defesa da vida*. O cotidiano dos atores em suas práticas nos serviços de saúde: o caso de Volta Redonda. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

ROCHA, N. S. P. D. *Análise do Programa Saúde da Família no município de Natal – RN: Inovações Assistenciais?* Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

ROCHA, P. M. *No Limiar do século XXI: Globalização e Saúde. Os desafios da proteção social no Brasil dos anos 90*. Rio de Janeiro, 1997. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social – UERJ. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997 (mimeo).

SCHRAIBER, L. *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. *Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde do Rio Grande do Norte*. Natal/RN, 1998 (mimeo).

SOUSA, M. F. Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, v. 21, p. 7-14, dezembro, 2000.

TEIXEIRA, C. F; PAIM, J. S. Política de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. *Revista Saúde para Debate*. Londrina: CEBES, n. 12, s/p, 1996.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. *Projeto do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família no Rio Grande do Norte*. Natal/RN, 2000.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. *Políticas de Saúde – Cocal do Sul (SC). Programas médicos Regionais*. In: Phisys: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998.

VIANA, A. L. D. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In: CANESQUI, A.M. (Org.). *Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico*. São Paulo: Hucitec, 2000 (Série Saúde em Debate, 129).

_____. *As políticas sociais e políticas de saúde no contexto do processo de globalização*. Rio de Janeiro: UERJ/ENSP, 1995.

_____. Novos riscos, a cidade e a intersectorialidade das políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, v. 32, n.2, p. 23-33, 1996.

_____. *Projeto de avaliação do Programa Saúde da Família. IV Relatório Parcial: terceira versão do Paper” e Análise dos dados*, 2000.

_____. SUS: Entraves à descentralização e propostas de mudanças. In: AFFONSO, R. B. A.; SILVA, P. L. B. (Orgs.). *Descentralização e políticas sociais*. São Paulo: FUNDAP, 1996. p. 269-295.

VIEIRA, M. G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan, 1995.

Ana Emilia Leite Guedes

Sites consultados

www.saude.gov.br/programas

www.ibge.gov.br

www.datasus.gov.br

Os Sentidos das Práticas Voltadas para Saúde e Doença: Maneiras de Fazer de Grupos da Sociedade Civil

SONIA ACIOLI

Introdução

Este artigo dá seguimento a algumas das idéias iniciadas em trabalho anterior (ACIOLI, 2000). Também faz parte das reflexões de um projeto de doutorado inserido na linha de pesquisa “Racionalidades Médicas”, do Instituto de Medicina Social da UERJ¹. Neste trabalho, aponta-se para a importância de voltarmos nossa atenção para as estratégias e táticas da população, no enfrentamento de seus problemas de saúde, para o desenvolvimento de propostas de ação mais efetivas no campo da Saúde Coletiva.

Parte-se do pressuposto de que a população vem desenvolvendo movimentos muitas vezes “invisíveis”, que se constituem em experiências construídas a partir de suas lógicas de ação. Nesse sentido, é identificada a existência de redes de movimentos, as quais são o *locus* das práticas cotidianas desses sujeitos. Uma das questões centrais do trabalho é a necessidade de percebermos as “maneiras de fazer” desses grupos, referidas nos contextos em que se inserem, identificando as práticas relacionadas direta e indiretamente às suas experiências com a saúde e com a doença. Parece que esse pode ser um caminho para a incorporação de outros olhares à lógica dos serviços de saúde.

Pretende-se identificar aqui os diferentes sentidos do termo “prática”, relacionando-os às ações de grupos populares da sociedade civil voltadas para a saúde e para a doença. Interessa examinar o que as pessoas fazem para enfrentar seus problemas, como percebem a saúde e a doença. Propõe-se um movimento de “fora para dentro”, da lógica dos serviços e das racionalidades médicas.

Luz (2000) acompanhou diferentes representações e práticas de atores voltadas para “atividades de saúde” ou atividades físicas concebidas como de saúde², junto a grupos de classe média da sociedade civil. Foi identificada a presença simultânea de dois paradigmas nas práticas e representações voltadas à conservação ou ampliação da saúde.

“o paradigma da normalidade/patologia, epistemologicamente ancorado no saber biomédico do último século [...], hegemônico em nossa cultura e dela dependente, e o paradigma da vitalidade/energia, ligado a tradições e saberes médicos e não-médicos, ocidentais e não-ocidentais” (LUZ, 2000).

Nesse sentido, a hipótese deste trabalho é que seja possível identificar também nas práticas voltadas para a saúde / doença de grupos populares da sociedade civil, além das representações baseadas no modelo biomédico hegemônico, estratégias ratificadoras de outros valores sociais diferentes dos da ordem médica. Pensa-se que possam prevalecer os esforços de integração, em contraposição aos valores dominantes voltados para a competição e o sucesso, que favorecem direta e indiretamente à saúde. Essas práticas e estratégias podem apontar ainda para outros sentidos da integralidade na atenção à saúde.

Práticas: mapeando significados

Inicialmente, entende-se como importante explicitar o conceito de prática a que o trabalho se refere. A tentativa de identificar alguns dos sentidos utilizados na referência a práticas sociais aproximou outros dois termos, aos quais se relaciona: *prático* e *práxis*.

Práxis significa ação, em grego; é um termo referente a uma ação voluntária voltada para uma razão prática, um agir prático. O materialismo dialético concebe a *práxis* como uma ação transformadora das condições concretas da existência. A *práxis* engloba tanto a ação objetiva do homem quanto suas produções subjetivas, articulando ações e intenções.

“Assim, a *práxis* compreende — além do momento *laborativo* — também o instante *existencial*: ela se manifesta tanto na atividade objetiva do homem, que transforma a natureza e marca com sentido humano os materiais naturais, como na formação da subjetividade, na qual os momentos existenciais, como

a angústia, a náusea, o medo, a alegria, o riso, a esperança etc., não se apresentam como ‘experiência’ passiva, mas como parte da luta pelo reconhecimento, isto é, do processo de realização da liberdade humana” (KOSIK, 1976, p. 224 – grifos do autor).

O termo *prático*, tanto para a filosofia quanto para o senso comum, indica o que é ação ou o que diz respeito à atividade humana concreta. No uso comum, refere-se ao que pode ser objetivado e traduzido em ação.

Certaud (1997, p. 40) chama de *prático* “aquilo que é decisivo para a *identidade* de um usuário ou de um grupo, na medida em que essa identidade lhe permite assumir o seu lugar na rede de relações sociais inscritas no ambiente”.

Bourdieu (1994, p. 19) define *prática* como “produto da relação dialética entre uma situação e um *habitus*, isto é, o *habitus*, enquanto sistema de disposições duráveis, é matriz de percepção, de apreciação e de ação, que se realiza em determinadas condições sociais”. No sentido proposto por Bourdieu, as práticas e suas representações são estruturadas a partir do *habitus*. As práticas são ainda fruto de uma série de condições relacionadas ao contexto social, político, econômico e a aspectos da ordem do desejo e da conveniência dos grupos envolvidos. Enquanto produto de uma relação dialética, a prática é expressão da relação entre as condições sociais de produção do *habitus* e as condições do exercício desse *habitus* (BOURDIEU, 1994, p. 65). Na relação também dialética entre as disposições e um acontecimento, apresenta-se como a conjuntura capaz de transformar as práticas em ação coletiva.

Este trabalho não pretende esgotar o debate filosófico e sociológico implícito na discussão das categorias em questão; deseja apenas indicar o campo teórico de onde parte o tema a ser desenvolvido³. Portanto, a *práxis* articula o projeto teórico com a decisão da ação, supondo uma prática.

Falar em práticas implica pensar de que forma e em que campo essas práticas acontecem. No sentido de qualificar as práticas, optou-se por utilizar duas outras categorias: estratégias e táticas⁴. Para Certaud, as estratégias fariam parte de uma lógica de ação atrelada a uma estrutura de poder, indicando ações que estariam presas a um espaço definido e a um tipo de saber. As táticas, por outro lado, são as ações desenvolvidas no campo de visão do outro, mas não subordinadas à estrutura de que são provenientes.

Interessa discutir aqui as práticas que indicam iniciativas voltadas para experiências e situações relacionadas à saúde e doença das pessoas. As práticas podem ser então percebidas como maneiras de fazer, que implicam estratégias e táticas de pessoas e grupos desenvolvidas em determinados contextos. Há, portanto, uma combinação entre as práticas ou maneiras de fazer, e elementos presentes nos contextos da vida cotidiana das pessoas e do lugar que ocupam nos grupos sociais em que se inserem.

O lugar das práticas: contextos e situações

A partir de um processo de observação participante iniciado neste ano, alguns momentos da vida de uma localidade foram acompanhados, além de terem sido realizadas conversas informais e três entrevistas.

O lugar onde estão sendo acompanhadas as práticas de saúde e de doença de algumas pessoas e grupos é a comunidade⁵ do Alto Simão, localizada em Vila Isabel. A opção por esse local se deve à inserção da autora nesse campo desde 1997⁶, fator que criou situação favorável de interação para uma proposta de investigação desse tipo. No processo de aproximação com alguns moradores, tem-se buscado o que Bourdieu (1997) chama de uma *comunicação não violenta*, na medida em que há inevitavelmente uma situação de intrusão na vida das pessoas e uma distância social entre pesquisador e pesquisado. Neste sentido, procurou-se estabelecer uma escuta ativa e metódica.

A história do Alto Simão é bastante recente e inicia-se quando, em 1988, após fortes chuvas de verão, ocorreu um desmoronamento no Morro dos Macacos (situado no bairro da Tijuca). Cento e vinte famílias ficaram desabrigadas, sendo então deslocadas para uma área próxima, localizada num morro, na rua Ernesto Nazaré s/n, com acesso pela Rua Jorge Rudge, em Vila Isabel.

O assentamento foi realizado pela Prefeitura, que construiu casas de alvenaria de um cômodo – com pouco espaço interno para abrigar o grande número de pessoas de cada família (média de 4 a 6 pessoas por casa), banheiros e tanques comunitários e rede de esgotamento sanitário. Atualmente, as condições de manutenção do sistema de esgotamento sanitário nesses blocos são precárias, e dentre os principais problemas percebidos identificam-se: presença de lixo nas encostas e ruas e muitos animais soltos, que circulam entre as casas (tais como porcos, cães, galinhas, gado).

De acordo com alguns levantamentos realizados no Alto Simão⁷, moram no local 164 famílias, o que significa uma população que varia entre 800 e 1.000 moradores. Dentre os problemas de saúde mais comuns referidos pela população estão: hipertensão arterial, problemas respiratórios e “doenças de pele”.

Atualmente, alguns moradores vivem em blocos de apartamentos cuja construção se deu em regime de mutirão parcial — uma parte do trabalho foi remunerada pela Prefeitura e outra foi realizada diretamente pelos moradores. Essa obra foi iniciada na época em que as famílias se mudaram para o local, há cerca de oito anos, e somente em 1999 foi finalizada.

O Alto Simão é um dos locais onde se está implantando o Programa de Saúde da Família — cuja gerência é realizada pelo Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal em Saúde da Família do Rio de Janeiro / Núcleo UERJ. O serviço de saúde que serve de referência ao Programa é a Policlínica Piquet Carneiro.

O Alto Simão é uma área rural dentro da cidade e tem uma linda vista de Vila Isabel. Possui uma associação de moradores, quatro bares e três igrejas. A relação com o Morro dos Macacos é intensa, sendo vários os moradores que vieram de lá e outros que têm parentes que moram “do outro lado”.

As práticas ocorrem em lugares, são relações que acontecem em um espaço, no qual é preciso conviver e reconhecer as ações do grupo. Como aponta Certaud (1997, p. 47), a prática de um bairro é uma convenção tácita, não escrita, mas entendida por todos os usuários através dos códigos da linguagem e do comportamento. Pode-se dizer que o lugar onde acontecem, à semelhança dos bairros, facilita uma relação entre necessidades e conveniências. O Alto Simão também possui os seus códigos e conseguir decifrá-los é parte do objetivo da pesquisa que informa este trabalho.

Os sentidos das práticas

O espaço cotidiano se apresenta como o mundo da intimidade, da confiança, da familiaridade. Por conta disso, dá-se uma naturalização das práticas aí desenvolvidas, o que dificulta a percepção da complexidade e interdependências existentes nas ações desenvolvidas regularmente pelas pessoas.

As práticas que grupos populares da sociedade civil desenvolvem apresentam uma diversidade na homogeneidade. Bourdieu (1994) aponta para isso, ao perceber essa mesma característica nos *habitus* singulares de pessoas de um mesmo grupo social. Existem, portanto, vários sentidos nas práticas. Há que se tentar perceber o que se manifesta nelas e o que se esconde em sua interioridade.

Apresenta-se, neste trabalho, um levantamento inicial das questões percebidas tanto nas entrevistas quanto na observação participante, com relação às práticas voltadas para a saúde e para a doença. Inicialmente, buscou-se identificar os sentidos de saúde, doença e de problemas de saúde.

Serão chamadas práticas de saúde as atividades desenvolvidas pelas pessoas identificadas como atividades que contribuem para que se sintam saudáveis. Portanto, estas são atividades que podem ou não incluir ações tradicionalmente entendidas como de prevenção ou promoção à saúde. Como práticas voltadas para a doença, são entendidas as atividades realizadas no sentido de enfrentar os problemas de saúde ou as experiências com doenças.

A saúde foi identificada como estar bem, sentir-se bem, não ter problemas, mas também como estar feliz ou compartilhar com outros pequenos acontecimentos. Essas percepções indicam uma associação com um sentido de vida e de bem-estar individual e coletivo.

“Ah, quando eu me sinto feliz, que eu tô fazendo alguma coisa prá alguém eu não tô sentindo nada e assim eu me sinto que eu tô com a saúde completa”
(Entrevista 01).

Essa percepção de saúde se afasta da visão predominante de que “saúde é não ter doenças. Luz (2000) chamou de versão positiva da saúde. Nessa versão, a saúde é vista como “vitalidade”, como “bem viver com a vida” ou como forma de aumentar a longevidade com “qualidade de vida” através de hábitos sadios, exercícios, regimes alimentares, sentimentos positivos (evitar o *stress*, a competição, a inveja, mágoas e ressentimentos etc.).

A idéia de “estar com a saúde completa” volta-se para uma compreensão de saúde integral. No entanto, este é um sentido de integralidade voltado para a forma como a pessoa se sente, e não para a forma como um determinado problema de saúde é ou deve ser atendido.

Já o “estar doente” difere do ter “problema de saúde”. A doença está relacionada à patologia, mas também à mágoa e à relação com o grupo social de referência. Aparentemente, estar doente é mais grave e se relaciona a “ficar de cama”, sentir dor e ter passado por uma etapa inicial

de tentar resolver o problema. O problema de saúde está relacionado aos problemas do cotidiano passíveis de serem resolvidos sem a procura do médico ou do serviço de saúde. Quando há um problema de saúde, ou seja, uma situação menos grave, a alternativa é tomar remédio ou chás. As alternativas identificadas até esse momento da pesquisa indicam, de um lado, a automedicação como expressão do reconhecido processo de medicalização existente em nossa sociedade e, por outro, a permanência na utilização de ervas e chás, como a expressão em áreas urbanas da chamada “medicina popular”. Como ressalta Luz (1997, p. 23), nos centros urbanos podem-se identificar paralelamente indícios de uso de plantas medicinais, busca por práticas terapêuticas não-convencionais e a continuidade na procura do modelo biomédico. Pensa-se que, no desenvolvimento da pesquisa, possam ser identificados nas práticas de saúde relatadas e/ou observadas, elementos presentes em outras racionalidades médicas.

Conforme desenvolve Certaud (1994), as práticas capazes de alterar os processos dominantes são táticas; já as estratégias seriam práticas atreladas a uma lógica de ação relacionada a uma estrutura de poder.

As práticas apresentadas como de saúde indicam táticas, pois constroem possibilidades de ação diversas e não subjugadas à estrutura de que provêm. Algumas dessas práticas estão relacionadas à ginástica, à idéia de movimento no sentido de se mexer, à possibilidade de viajar, estudar, à busca de isolamento dentro da própria casa como forma de “fugir” dos problemas. Há portanto diversas táticas que fazem parte dos recursos usados pela população no sentido de “viver melhor”, relacionadas direta e indiretamente à saúde. São práticas que apresentam a possibilidade de acesso a bens sociais, indicam a incorporação do modelo de “manutenção da saúde em forma”, mas também traduzem um sentido de busca de vitalidade e não de valores cuja ênfase é a valorização do corpo e da beleza dominantes na nossa sociedade.

As práticas voltadas para a doença dependem de estratégias, ou seja, são ações desenvolvidas a partir da lógica do outro e aos elementos que constituem essa lógica. Esse outro pode ser o médico, o terapeuta ou as equipes de saúde. As práticas voltadas para o enfrentamento dos problemas de saúde são: ficar em casa, realizar atividades domésticas, pensar em outras coisas, fazer outras coisas, trabalhar e frequentar a igreja.

A doença é quase inevitavelmente associada à prática médica – logo, ao paradigma da normalidade/patologia. Na busca do atendimento médico, as pessoas geralmente preferem os especialistas, o que modifica a lógica de organização dos serviços de saúde. Este é um aspecto que envolve a discussão do acesso aos serviços de saúde, que não será desenvolvida neste trabalho⁸.

Seria possível falar em práticas voltadas para o espaço público e para o espaço privado. A maior parte das práticas identificadas está direcionada para o espaço privado, acontecendo nas casas das pessoas e envolvendo sua intimidade. No entanto, também existem práticas voltadas para o espaço público. Um exemplo foi a realização de uma festa já tradicional e que ocorre em várias comunidades do complexo de favelas da Tijuca. A festa que acontece anualmente, sempre no mês de setembro, tem como característica principal oferecer comida e bebida de graça. É o momento em que os vários grupos residentes naquele local se organizam para o evento, que dura três dias. Segundo relato de um morador, essa festa é para eles mais importante do que o Carnaval. Parece que esse é um exemplo de uma prática incomum, em que a expressão do coletivo e do reconhecimento do outro se faz presente.

Conforme dito anteriormente, este trabalho reflete um estudo preliminar que deverá ser ampliado. Neste momento, foi identificada a relação entre algumas das práticas desenvolvidas por grupos da sociedade civil e algumas das práticas e representações de saúde presentes em nossa cultura. Algumas dessas práticas reafirmam valores e representações baseadas no modelo biomédico hegemônico, mas outras indicam a emergência de outros valores sociais diferentes dos da ordem médica. Podem emergir valores de integração em contraposição aos valores dominantes voltados para a competição e o sucesso. Essas práticas e estratégias podem apontar, ainda, outros sentidos da integralidade na atenção à saúde. Pode-se falar em uma sabedoria prática, onde se articulariam a experiência dos sujeitos a partir de suas necessidades de cuidado e acolhimento.

Ainda que a natureza das práticas das pessoas acompanhadas neste estudo pareça estar voltada tanto para o cuidado quanto para a cura, há uma ênfase no cuidado, pois a cura é o espaço do médico. Existe ainda a relação entre cura e terapêutica, cuja função, ainda que exercida informalmente pelas pessoas, é tida como função legítima do médico.

Este é um campo relacional, já que as pessoas são sujeitos que ora cuidam, ora são cuidados. As pessoas parecem preferir cuidar, já que ser cuidado indica não estar bem, ou ainda uma posição de fragilidade perante a vida. Há, no entanto, uma relação de tempos e lógicas diferentes entre os sujeitos envolvidos nas práticas institucionalizadas e nas práticas da sociedade civil. Essas diferenças se refletem na compreensão do que seja uma atenção integral à saúde.

Não existem profissionais de saúde integrais ou serviços de saúde integrais; no entanto, a forma como as pessoas vivem seus problemas é integral. A concretização de ações de saúde integrais implica manter canais de interação entre serviços, profissionais e população. Mas como manter esses canais se os serviços são organizados sem destinar tempo para a conversa, para a convivência? Outro aspecto que se apresenta é a não-valorização das experiências e práticas da população.

Se por um lado deve-se estudar práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais, deve-se também estudar práticas desenvolvidas pela população. Parece que esse movimento de mão dupla se faz necessário, para que as trajetórias dos sujeitos, suas estratégias e táticas de cuidado e cura possam ganhar sentido junto à lógica das práticas de saúde dominantes.

Para desenvolver práticas de atenção integral à saúde faz-se necessário falar em uma aproximação integral também entre os sujeitos que cuidam e os sujeitos que são cuidados. Essa aproximação passa pelo reconhecimento de um saber prático e de uma possibilidade de articulação entre esse saber prático e o saber dos profissionais e planejadores do campo da saúde.

Notas

- 1 Essa linha de pesquisa é desenvolvida no IMS desde 1992, coordenada pela profa. Madel T. Luz. O projeto de doutorado encontra-se em fase de trabalho de campo.
- 2 Neste trabalho a autora examinou atividades como *tai-chi-chuan*, ioga, ginástica localizada, hidroginástica, alongamento e dança de salão.
- 3 Para aprofundar o conceito de práxis e sua relação com o materialismo histórico, ver Lefèbvre (1994) e Kosik (1976).
- 4 Essas categorias são utilizadas por Certaud (1994) e foram tematizadas em artigo anterior (ACIOLI, 2000).
- 5 O termo “comunidade”, neste trabalho, é usado apenas por ser a forma usual como os moradores dessa localidade denominam seu lugar de moradia.
- 6 A autora é professora na Faculdade de Enfermagem da UERJ e desenvolve desde 1997 um projeto de extensão no Alto Simão.
- 7 Dentre os levantamentos realizados, existem diagnósticos parciais das turmas de primeiro período da graduação da FENF/UERJ desde 1996, e o Diagnóstico de Saúde da Comunidade, realizado pela equipe assistencial do Programa de Saúde da Família.
- 8 Para aprofundar o tema, ver Cohn (1999), Campos (1994) e Bodstein (1993).

Referências

- ABBAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes.
- ACIOLI, S. *Novas práticas em saúde: estratégias e práticas de grupos populares no enfrentamento de questões cotidianas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2000 (Série *Estudos em Saúde Coletiva*, 202).
- _____. *Projeto Aprendendo e Ensinando com o Alto Simão*. Projeto de extensão do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública da FENF/UERJ. Setembro 1997 (mimeo).
- BLACKBURN, S. *Dicionário Oxford de Filosofia*. Consultoria da edição brasileira por Danilo Marcondes. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.
- BODSTEIN, R. (Org.). *Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
- BOURDIEU, P. Esboço de uma teoria da prática. In: ORTIZ, R. (Org). *Pierre Bourdieu - sociologia*. São Paulo: Ática.1994.
- BOURDIEU, P. *et al. A miséria do mundo*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- CAMPOS, G. W. *Saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CERTAUD, M., GIARD, L., MAYOL, P. *A Invenção do cotidiano: 2. Morar, cozinhar*. Petrópolis: Vozes, 1996.
- CERTAUD, M. *A Invenção do cotidiano.1. artes de fazer*. Petrópolis: Vozes,1994.
- COHN, A. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1999.
- KOSIK, K. *Dialética do concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
- LEFEBVRE, H. A “praxis”: a relação social como processo. In: FORACCHI, M. M., MARTINS, J. S. (orgs.). *Sociologia e Sociedade* (Leituras de introdução à Sociologia). Rio de Janeiro: Editora LTC, 1994.
- LUZ, M. T. *As novas formas da saúde e a saúde em forma: práticas e representações e valores culturais em Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec 2000.
- MARTINS, J. S. *A sociabilidade do homem simples: cotidiano e história na modernidade anômala*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- SILVA, B. (Coord.). *Dicionário de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1986.

Integralidade nas Políticas de Saúde Mental

DOMINGOS SÁVIO ALVES

Abordaremos a integralidade no contexto do que chamamos de “os novos paradigmas da atenção em saúde mental”. Ao discutir a integralidade, levando em conta o referencial acima delineado, vamos trabalhar a natureza do cuidar e duas questões que obrigatoriamente compõem essa natureza: oferta/seleção e inclusão/exclusão.

Iniciaremos exemplificando a prática usual a ser superada, pois nela a seleção é o critério básico da oferta de programas: até há pouco tempo, para ser atendido no Instituto dos Cegos, qualquer outra incapacidade adicional (por exemplo, ser portador de deficiência auditiva ou ser paraplégico) era impeditivo de inclusão nos programas daquela instituição, pois para eles existem o Instituto de Surdos e a ABBR. Se o paciente é psicótico e, além disso, está em cadeira de rodas, conseqüentemente não tem possibilidade de acompanhar os diversos programas existentes nos ambulatórios – em geral estes têm escadas ou não têm banheiros adaptados, pois, afinal, é um serviço para psicóticos. Ou seja, a presença de várias deficiências ou desvantagens torna o cliente não selecionável para o “programa” e ainda hoje o critério de exclusão é o hegemônico, pois a premissa de política pública aplicada durante várias décadas somente leva em conta “um” problema.

Essas práticas têm como base a forte determinação nosológica ou taxonômica das intervenções em saúde, sobretudo a partir da influência norte-americana na formação dos profissionais de saúde, o chamado modelo flexneriano, implantado a partir dos anos 40 do século passado. Portanto, seleção e exclusão caminham juntas.

No final dos anos 1980 e início dos 90, trabalhamos com outros paradigmas relacionados com atenção aos portadores de transtornos mentais, substituindo intencionalmente a palavra “tratar”, que sempre pressupõe uma nomeação diagnóstica, por “cuidar”, termo mais adequado e que incorpora

vários “problemas” a serem superados, negando, a princípio, critérios habituais de seleção e/ou exclusão. A integralidade, portanto, lida necessariamente com os seguintes conceitos: inclusão, exclusão, seleção e cobertura.

A Saúde Mental é o primeiro campo da medicina em que se trabalha intensiva e obrigatoriamente com a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. Quando falarmos das experiências inovadoras, esses dois conceitos estarão juntos. Para entendermos como chegamos até este ponto, colocaremos uma sistematização, menos preocupados com o rigor científico, mas com elementos conceituais e práticos que determinaram uma ou outra organização dos serviços e suas conseqüentes formas de intervenção:

Assistência Psiquiátrica – Modelos de Atenção

<i>Período</i>	<i>Pressupostos</i>	<i>Serviço</i>
<i>Até os anos 70</i>	Preventivismo Especialização	Simplificado Hospícios
<i>Anos 70 – 80</i>	Especialização Setorização	Hospícios ou AMB Especializados
<i>Anos 80 – 90</i>	Racionalidade Regionalização Hierarquização Intensidade	Porta de entrada Rede serviços regionais Referência / contra-referência
<i>Anos 90</i>	Território Diversificação Complexidade	Responsáveis regionais Único / integral Rede social
<i>Tendência no ano 2000</i>	Inversão modelo Cidade saudável	PSF / PACS Sem serviço Internação domiciliar

Por essa sistematização, observa-se que as premissas às quais nos referimos, tais como seleção e conseqüente exclusão, permeiam as políticas para a área de Saúde Mental, desde a incorporação da loucura como objeto da

medicina, ocorrida no século XVIII, até o início dos anos 90. Vejam como as palavras de ordem são: especialização, racionalidade, hierarquização dos problemas, intensidade.

A partir da década de 90, já sob forte influência dos postulados da Psiquiatria Democrática italiana e de sua então estimulante experiência de substituição dos hospitais psiquiátricos, outros pressupostos definem as políticas: noção de responsabilidade territorial / regional e oferta diversificada de programas, entendendo que os problemas são complexos e “diversos”. Tornaram-se assim ultrapassadas, em tese, as premissas de seleção e exclusão.

Para entender melhor a necessidade dessa ruptura, levada a cabo inicialmente na já referida exitosa experiência italiana, deve-se mencionar, mesmo que de maneira superficial e sucinta, o surgimento da Psiquiatria enquanto especialidade da medicina. Como já foi dito, deu-se no século XVIII, no auge do Positivismo e da influência da recente identificação da bactéria por Pasteur.

Jean Tenon, influente teórico das Humanidades, onde se incluía a Medicina de então, aplicou aos portadores de transtornos mentais a mesma máxima aplicada às bactérias: “é preciso isolar para conhecer e conhecer para intervir”. Estava fundado o hospício e com ele a Psiquiatria.

As diversas iniciativas, a partir do pós-guerra, no Ocidente, de substituir ou diminuir o papel do hospital psiquiátrico, passaram pela antipsiquiatria, pelo preventivismo, pelas comunidades terapêuticas e finalmente pelos pressupostos da reforma italiana, que sinteticamente poderiam ser assim colocados: a incapacidade da Psiquiatria, enquanto campo do conhecimento, de dar conta isoladamente, da questão da loucura; da inadequação do hospital psiquiátrico enquanto dispositivo da intervenção técnica e o direito dos portadores de transtornos mentais de terem cidadania reconhecida (opinar no tratamento, negar-se a procedimentos violentos e administrar seu destino).

Esse novo paradigma configurou as políticas de saúde mental de vários países ocidentais a partir da década de 80, e na América do Sul exerceu forte influência, manifestada na Conferência Regional para Reorientação da Assistência Psiquiátrica no Continente, patrocinada pela Organização Pan-Americana da Saúde e realizada em Caracas, em novembro de 1990.

O seu produto mais conhecido e importante foi a Declaração de Caracas, uma conclamação aos governos e demais atores do campo da saúde mental a promoverem radicais mudanças na assistência, condenando o papel segregador e iatrogênico do modelo tradicional de tratamento, denunciando

os freqüentes martírios no interior dos hospícios e as legislações incompatíveis com o grau de avanço das conquistas de várias minorias no campo do Direito Civil.

Essas recomendações da OPAS tiveram conseqüência em diversos países, dentre eles o Brasil, que além de já vir passando por recentes experiências inovadoras, teve novo ordenamento jurídico do setor saúde, a partir de 1990, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde.

E onde entra a questão da integralidade? Entram aqui questões de natureza ideológica e de natureza técnica. A primeira diz respeito à condenação da segregação, por ferir direitos à convivência e ao livre arbítrio, e a segunda, ao negar o isolamento como instrumento terapêutico, paradigma essencial à sobrevivência do hospício.

A negação do papel do isolamento, aliada à compreensão de que o que deve ser cuidado é o indivíduo e seus problemas e não somente o seu diagnóstico, determinam um olhar “integral” da situação. A pergunta que se segue é: que modelo adotar para atender à integralidade?

Temos acompanhado a formulação proposta por Benedetto Saraceno, diretor do Departamento de Saúde Mental da OMS, segundo a qual ele insiste na necessidade de se superar a idéia de modelos e trabalhar com premissas. A que melhor define a qualidade de um programa ou projeto em saúde mental é a decorrente do conceito de acessibilidade, que ele assim sistematiza:

Geografia

local; fluxo viário; barreiras físicas ou outras

ACESSIBILIDADE

Turnos de funcionamento

serviço único ou integrado

Menu de programas

assistência; reinserção; lazer;
hospitalidade; trabalho

A integralidade está implícita nos três indicadores propostos por ele, com destaque no menu de programas, onde assistência é apenas um dos itens obrigatórios de qualquer proposta abrangente, cidadã e ética.

Desde 1991, os regulamentos da Política Nacional de Saúde Mental – Portarias n. 189/91 e 224/92 – definem claramente a integralidade como componente obrigatório dessa política e, mais recentemente, a Lei Federal que reorienta a assistência psiquiátrica – n. 10.216, de 06/04/2001, em seu artigo 4º, § 2º – determina que: “O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros”.

Um exemplo bem claro do que entendemos como integralidade é o que acontece no Projeto de Volta à Cidadania, compartilhado entre o Instituto Franco Basaglia e a Funlar, órgão da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social do Rio de Janeiro. São 34 crianças portadoras de graves deficiências físicas e mentais, com graus variados de dependência de cuidados, morando em três casas no Grajaú e que participam de oficinas na Funlar, em Vila Isabel, ou em outras instituições; freqüentam ambientes com atividades recreativas, culturais e/ou esportivas na Mangueira; algumas estudam e outras não. Estão matriculadas em escolas comuns, pois não as colocamos em escola especial. Para nós, “especial” é a criança; não consideramos a escola especial, em princípio, como lugar adequado para qualquer tipo de pessoa. A escola normal é que deverá criar uma atividade especial. Se valorizarmos a opção pela “escola especial”, vamos ter escola para todo tipo de problema (mais detalhes nas Sugestões de Bibliografia).

Consideramos componentes indissociáveis da integralidade: a intersetorialidade e a diversificação. Se nos propusemos a lidar com problemas complexos, há que se diversificar ofertas, de maneira integrada, e buscar em outros setores aquilo que a saúde não oferece, pois nem sempre lhe é inerente.

Por isso, o dispositivo estratégico mais eficiente de substituição do hospital psiquiátrico têm sido os Centros ou Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS), também chamados de Serviços Comunitários de Saúde Mental, que, por e para serem comunitários, têm que atender aos postulados de acessibilidade e, portanto, de qualidade, sugeridos por Saraceno. Se estes são comunitários, se inserem em determinada cultura, em território definido, com seus problemas e suas potencialidades, arena onde as “crises” devem ser enfrentadas, resultado que são, geralmente, de fatores do indivíduo, de sua família, eventualmente de seu trabalho, e seguramente de seu meio social.

A diversificação de programas é fundamental para se acolher alguém de forma integral, já que, com um menu variado e diversificado de possibilidades, reduz-se muito a tentação da seleção.

Aqui os maiores problemas são, além da forte influência do modelo tradicional de cuidado, a grande dificuldade dos profissionais para renunciarem a “um” papel específico – afinal são especialistas, e compartilhar saberes é exercício contínuo e muito difícil.

As principais estratégias para superar esse desafio têm sido a disseminação de cursos de especialização em saúde mental, tentando suprir aquilo que não se aprende comumente na graduação e nas pós-graduações de formato clássico, além da supervisão permanente e sistematizada nos serviços comunitários de saúde mental, locais privilegiados para incorporação de um conhecimento de fato “coletivo”.

O que temos de novo e de mais radical, não especificamente na saúde mental, mas no campo das políticas públicas de saúde, é a implantação do Programa de Saúde da Família. Por isso a referência, em nossa sistematização dos períodos e respectivos modelos de atenção à “inversão de modelo” e “ausência de serviços”, à tendência imaginada para este século. De fato, propõe-se aquilo que desde o final da década de 80 era consenso entre os sanitaristas: a mudança da lógica do modelo assistencial, do coletivo para o individual.

Não podemos cair na tentação de considerar que os problemas agora equacionados, do ponto de vista da saúde pública – pois apesar de ser um modelo defensável, justo socialmente, dirigido aos mais carentes e de financiamento decente, tanto no que se refere aos insumos, como farmácia básica, quanto à valorização profissional – devem ser entendidos como estratégia de reorganização da assistência.

Qualquer simplificação em relação a esse Programa, uma expectativa demasiado otimista, ou sua cristalização como modelo e não como estratégia, pode levá-lo a um retumbante, caro e frustrante fracasso. Seria também ingênuo apegar-se à terminologia do Programa, pois há que se lembrar sempre que essa “família” nem sempre existe, ou, quando existe, seu núcleo pode estar esfacelado, mas isto deve ser compreendido e não pode se constituir em empecilho, mas em desafio a ser superado. Os resultados das experiências mais duradouras do PSF – mais de dois anos – já são visíveis, mudando para melhor vários indicadores sanitários (ver Sugestões de Bibliografia).

No campo da Saúde Mental, alguns sanitaristas e especialistas ainda divergem quanto à pertinência e eficácia do Programa. O consenso dificilmente será atingido, mas há um significativo avanço de sua compreensão enquanto estratégia, e que, para a área de saúde mental não há nenhuma contradição com os postulados, hoje hegemônicos, entre os formuladores da política da Reforma Psiquiátrica. No PSF estão contempladas, de forma quase insuperável, pois inerentes a ele, a integralidade e a noção do problema enquanto conjunto, aí incluídos o indivíduo, sua família e seu meio social. Então, onde estão as divergências?

Aqui temos dois tipos de problema: o primeiro, e mais importante, diz respeito ao formato como se organiza o PSF: tende a repetir o já tradicional modelo médico biológico, com uma hierarquia na relação de conhecimento e “mando” tão nefasta à prática da saúde pública. E, no campo da Saúde Mental, a superação dessa prática é conquista relativamente recente e nos é muito cara, pois compartilhar saberes, renunciar ao mandato médico, naquilo que ele tem de pior, e trabalhar de fato em “equipe multiprofissional”, têm sido a marca do cuidar nos serviços comunitários de saúde mental. Portanto, não é propriamente uma divergência, mas uma desconfiança legítima.

Pensamos que é uma questão superável: haverá PSFs e PSFs e, em alguns, prevalecerá, de fato, o modelo tradicional, hierárquico e biológico. O Programa, no entanto, é, como concebido e formulado pelo Ministério da Saúde e vivido nos diversos municípios, uma estratégia de agregação de conhecimentos. Além disso supõe, para seu sucesso, que tenha um olhar “integral” do problema, do contrário não faria sentido ser local, territorial e portanto, comunitário.

Um segundo problema tem sido levantado e nos parece, salvo grande engano, irrelevante: a possibilidade de se criar uma demanda impossível de ser atendida, pois ao se entrar “nas famílias”, problemas psicológicos de toda ordem serão encontrados, e do ponto de vista ético, deverão ser atendidos.

Inicialmente, este não tem sido o relato da maioria das experiências em curso (ver Sugestões de Bibliografia) e, por outro, há diversas formas de se lidar com os chamados “problemas menores”, pois o conhecimento da Psicanálise, da Farmacologia e de outro instrumental não quer dizer que somente estes possam e devam ser usados. Há que se ter grande cuidado para não se psicologizar o cotidiano, tentação que vem sendo vencida nos últimos anos.

Cabe novamente uma sugestão de Benedetto Saraceno: ao se organizar um programa de saúde pública, há que se priorizar recursos, na lógica, de que “quem mais precisa é quem deve receber primeiro”. Isto quer dizer que a avaliação dos problemas tem que ser feita a todo momento, mas que alguns eventos devem merecer, por sua gravidade e custos social e financeiro, prioridade. Cita, nesta ordem: psicoses, dependência química, grave dependência institucional e deficiência mental.

Está então colocado para nós um bom desafio: nos incorporarmos ao PSF, valendo-nos do que ele tem de inovador e reorganizador da assistência e contaminá-lo com nossa prática exitosa de compartilhar saberes e olhar os problemas no conjunto, para cuidar de forma integral.

Sugestões de Bibliografia

1 - *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. Editora Hucitec, organizado pela professora Ana Pitta, da USP, 1996. Contém o relato de várias experiências nos diversos estados do país. O livro foi resultado de um seminário realizado em São Paulo em 1995. Naquela época tínhamos cerca de 60 serviços comunitários, que hoje somam mais de 260.

2 - *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. A primeira edição é de 1994, a segunda é de 1998. Organizado pelo professor Paulo Amarante, da ENSP. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.

3 - *O Campo da Atenção Psicossocial*. Reúne vários artigos do 1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, realizado em 1996. Editado por Te Corá e Instituto Franco Basaglia, organizado pelos professores da UFRJ Pedro Gabriel Delgado, Ana Venancio e Erotildes Leal.

4 - *Libertando Identidades*. Benedetto Saraceno, atual Diretor do Departamento de Saúde Mental da OMS. 1ª edição em 1999 e a 2ª em 2001. Editora Te Corá e Instituto Franco Basaglia, Rio de Janeiro.

5 - *De Volta à Cidadania*. Editora Te Corá e Instituto Franco Basaglia. O livro relata uma experiência singular no Brasil. Em 1998, o Juiz da 1ª Vara da Infância e da Adolescência do Rio de Janeiro determinou o fechamento de um depósito de crianças no bairro da Usina, chamado Instituto Educacional Deolindo Couto. O Instituto tinha 54 crianças vivendo em condições muito precárias. A Prefeitura, através da Funlar, convidou o Instituto Franco Basaglia para compartilhar o programa e formulamos o Programa de Volta à Cidadania, cuja base é a seguinte: todas as famílias que queriam receber as crianças iriam ter o apoio da Funlar, que é o braço operacional da Secretaria de Desenvolvimento Social. A família receberia cesta básica, visitas domiciliares e ajuda de R\$ 360,00 mensais. Começamos assim o programa conseguindo colocar 14 crianças nas suas famílias; elas têm visitas semanais da equipe do programa. As outras 30 crianças foram morar em casas alugadas no Grajaú.

6 - *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 21. Rio de Janeiro, dezembro de 2000. Publicação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) sobre o Programa de Saúde da Família, com relatos de experiências de diversos municípios. Destaque para o relato “Uma Lição de Vida”.

7 - *Relatório Final da Oficina de Trabalho para Discussão sobre o Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica*. Secretaria de Políticas de Saúde / Ministério da Saúde. 20 a 22 de março de 2001 (mimeo). Documento final da referida Oficina, da qual participaram vários gestores estaduais, municipais e formuladores de políticas públicas.

8 - *Apresentação do Programa de Saúde Mental do Projeto Qualis / PSF*. São Paulo, 1998 (mimeo). Autoria de Antonio Lancetti, Coordenador do Programa. Expõe as premissas e diretrizes da inclusão das ações de saúde mental no referido projeto, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

9 - *Legislação em Saúde Mental*. Ministério da Saúde. Série *Legislação em Saúde*, n. 4. Brasília – DF. Conjunto de Leis Estaduais, Decretos, Deliberações e Portarias que, nos últimos dez anos, regulamentaram a reestruturação da assistência psiquiátrica no país. Está na 2ª edição e pode ser acessada no endereço: www.saude.gov.br/biblioteca/textointegral.

10 - *Lei n. 10.216*, de 06/04/01. Publicada no D.O.U. de 09/04/01. É a Lei Federal que regulamenta a mudança do modelo assistencial, baseada no projeto original do Deputado Paulo Delgado, apresentado na Câmara Federal em 1989.

11 - *Saúde Mental e Saúde da Família*. Coleção *Saúde & Loucura*, n. 7. De Antonio Lancetti. Editora Hucitec, São Paulo. Apesar de ter sido lançada no início de 2001, a primeira edição já está esgotada. Leitura obrigatória, com relato de várias estratégias de saúde mental no PSF.

SOBRE OS AUTORES

Ana Emilia Leite Guedes

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ). Professora adjunta no Departamento de Nutrição da Universidade Federal do Rio de Grande do Norte. Endereço eletrônico: aeleiteguedes@globo.com

Domingos Sávio Alves

Médico sanitário, com Especialização em Psiquiatria Social (ENSP) e em Organização de Serviços de Saúde (ENSP), ex-coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde e presidente do Instituto Franco Basaglia do Rio de Janeiro. Integrante do LAPPIS. Endereço eletrônico: dsn.alves@terra.com.br

Kenneth Rochel de Camargo Jr.

Médico, doutor em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; professor adjunto no Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS-UERJ. Endereço eletrônico: kenneth@uerj.br

Luiz Carlos de Oliveira Cecilio

Médico sanitário, doutor em Saúde Coletiva e professor convidado no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp. Endereço eletrônico: cecilioluiz@uol.com.br

Madel Therezinha Luz

Socióloga, doutora em Ciência Política pela USP, professora titular no Departamento de Políticas e Instituições de Saúde do IMS-UERJ, pesquisadora 1B do CNPq, coordenadora do Grupo de Pesquisa Racionalidades Médicas, no IMS-UERJ. Endereço eletrônico: madelluz@superig.com.br

Roseni Pinheiro

Sanitarista, doutora em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ, professora adjunta no Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS-

UERJ; coordenadora do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade (LAPPIS). Endereço eletrônico: rosenisaude@uol.com.br

Ruben Araujo de Mattos

Médico, doutor em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ, professor adjunto no Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS/UERJ; coordenador adjunto do LAPPIS. Endereço eletrônico: ruben@ims.uerj.br

Sonia Acioli

Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ, professora adjunta no Departamento de Enfermagem em Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da UERJ; integrante do LAPPIS. Endereço eletrônico: soacioli@uol.com.br

ESTA OBRA TEVE SEUS FILMES GERADOS PELO BUREAU HUGUENA COLOR E FOI
IMPRESSA PELA EDITORA LIDADOR LTDA. EM OFFSET SOBRE PAPEL PÓLEN BOLD
DA COMPANHIA SUZANO EM NOVEMBRO DE 2001