

AS NECESSIDADES DE SAÚDE COMO CONCEITO ESTRUTURANTE NA LUTA PELA INTEGRALIDADE E EQUIDADE NA ATENÇÃO.

Luiz Carlos de Oliveira Cecilio

Introdução

Universalidade/integralidade/equidade 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. Consignas como cidadania, 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 equidade, sem desconsiderar que não há integralidade e equidades possíveis sem a universalidade do acesso garantida. Dou ênfase a esses dois conceitos porque creio que a integralidade e a equidade, 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 que, afinal, configuram uma “macro” política de saúde que, por convenção (e inércia) temos chamado de “sistema de saúde”. Mais ainda, acho que pensar a equidade e a integralidade da atenção nos obriga a enxergar como o “micro” está no “macro” e o “macro” no “micro” e que esta recursividade, mais do que uma formulação teórica, tem importantes implicações na organização de nossas práticas. A luta pela equidade e pela integralidade implica, necessariamente, em repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, da gestão e planejamento e da construção de novos saberes e práticas em saúde.

Para orientar minhas 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 o de 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 uma atenção mais humanizada e qualificada. As conclusões e indicações de Stotz (1991) têm tido um 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 a de 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 apreendidas, de forma bastante completa, em uma taxonomia organizada em quatro grandes conjuntos de necessidades. O primeiro conjunto, 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 pelos 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 à 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 a de, partindo dos conceitos de tecnologias leve, leve-duras e duras (Merhy, 1997) abandonar qualquer pretensão de hierarquizar estas tecnologias, questionando, assim, a idéia prevalente de que as tecnologias duras, aquelas baseadas na

produção de procedimentos de pendentes 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 definida 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 andar a vida. A reconceitualização desta necessidade é de que informação e educação em saúde são apenas parte do processo de construção da autonomia de cada pessoa. A autonomia implicaria na possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta resignificação ter 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 ela 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 de “integralidade focalizada” na medida em que seria trabalhada no espaço bem delimitado (focalizado) de um serviço de saúde. Neste encontro do usuário com a

equipe, haveria 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 imagem de que, quando alguém procura um serviço de saúde, está trazendo uma “cesta de necessidades de saúde”, que caberia à equipe ter a sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender da melhor forma possível. Toda a ênfase gestão, da organização da atenção e da capacitação dos trabalhadores deveria ser no sentido de uma maior capacidade de escutar e atender 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, a demanda é, em boa medida, 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 uma algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa vive ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo (a)efetivo com algum profissional, a necessidade de se 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, 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 desta “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, comprometido com a maior integralidade possível, sempre, mas também, 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 o 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, à 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 em uma 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, em lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma 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 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 referência para um determinado número de serviços seja essencial para se garantir a integralidade da atenção. Sem este 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 desta integralidade do cuidado tendo 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 em um grupo de hipertensos ou de diabéticos pode ser a tecnologia que melhor responde a

determinadas necessidades e com alto grau de impacto na qualidade de vida daquela pessoa. São necessários novos fluxos e novas possibilidades de captação de clientes na várias portas de entrada do “sistema” de saúde e, mais do que isto, uma reconceitualização do que seja “serviço de referência” (Cecilio, 1997). Assim, muitas vezes, a “referência” 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 esta imagem de um sistema de saúde organizado como uma pirâmide, por níveis de “complexidade crescente”, “hierarquizado” dá conta, *apenas em parte*, da discussão de integralidade que se está fazendo aqui, porque estes 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 isto 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 dominei de primeira dimensão da integralidade, a “integralidade focalizada”, como preocupação de cada profissional e da equipe de cada serviço, deva estar presente em *todos* os serviços, mesmo nos serviços 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. Poderia ser argumentado 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 permite 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 de se trabalhar a construção da autonomia do “paciente”. O atendimento em um 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 esta 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 demandas pontuais com o que temos em mãos, ou seja, não temos nos ocupado com a questão da integralidade de uma forma mais “completa”, pelo menos do ponto de vista daquela 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 articulados 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 serviços de saúde e outros. Uma não sendo possível sem a outra. O cuidado individual, em qualquer serviço de saúde, não importando sua “complexidade”, sempre atento à possibilidade e a potencialidade de agregação de outros saberes disponíveis na equipe e de outros saberes e outras práticas disponíveis em outros serviços, de saúde ou não.

A EQÜIDADE 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 como consensual entre os que pensam e militam na construção SUS, tal qual apresentada por Malta (2001): “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 esta 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 tem sido tratado 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 -quanto 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 à uma lógica eficientista, de forte inspiração economicista, do que o tema da equidade? Uma equidade que pode se configurar muito perversa para nós, hoje, porque não

toma a universalidade do atendimento como um contraponto para a quase exclusão que criaria se levado 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 dos seus interesses. Creio que o planejamento/programação, 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 dos seus objetivos. O Programa Nacional de Controle da AIDS, em particular a política de distribuição dos medicamentos que compõem o “coquetel” de antiretrovirais, poderia ser lembrado como um bom exemplo para ilustrar esta discussão, mostrando como é possível, na prática, um aproximação dos dois paradigmas. A reconhecida extensão e generosidade do Programa poderia ser creditada 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 necessidades de serem amparados por políticas governamentais diferenciadas, como à 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 comparam a utilização de “instrumentos” (tal como definido no PROGRAMACIÓN...) com composições tecnológicas diferentes, quais seja, o leito-dia para o paciente portador de AIDS e a consulta ambulatorial com “coquetel” incluído, para os mesmos pacientes.

Creio que a inequidade pode ser trabalhada em vários "espaços", tal como conceituado por Matus (sem data), 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, na maior acesso/exclusão dos brasileiros às/das riquezas produzidas no nosso país. Podemos dizer que a equidade/inequidade que existe em um dado país são o resultado final do que se define neste espaço geral. Espaço de forte determinação. Situo o Ministério da Saúde neste espaço geral, pelo 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 das assistência ao nível municipal e local. O grau de constrangimentos impostos pela NOAS (Norma Operacional de Assistência à Saúde) 2001 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 espaços singular seria aqueles 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 contra-vetores 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 o tema do equidade como o do integralidade, só poderão ser trabalhados com a necessária radicalidade se forem tomados como tema 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 ou com mais dificuldades de acesso ou precisando de cuidados especiais. No entanto, a não-integralidade e a não-equidade só poderiam ser escutadas ou apreendidas, mas também enfrentadas, superadas ou reduzidas, com radicalidade, 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.

Conclusões

Como indaga Stotz (1991), “(...) como é possível pensar a adequação, a correspondência entre necessidades (de saúde) e sistema institucional-administrativo voltado para satisfazê-las?” (p.159) Creio que, para respondermos a esta 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 micro-política 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 que, juntas com a universalidade, compõem o que denominei de tríplice signo da reforma sanitária, 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 o tema da integralidade e da equidade. Creio que a adoção de uma taxonomia de saúde é um 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 do quanto as necessidades de saúde estão sendo contempladas. A análise de prontuários de um centro de saúde, por exemplo, nos permite interrogar sobre o 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 consigna da equidade. Me 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 inequidade 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 diferentes 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 conseqüência, 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, equidade e integralidade. Signo produzido pela reforma sanitária brasileira que fala de uma utopia, no limite “projeto irrealizável; quimera; fantasia” (Aurelio, 2000) por tudo que está em jogo: *a infinita variabilidade das necessidades humanas e as finitas possibilidades que temos, até mesmo, de compreendê-las.*

BIBLIOGRAFIA.

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

CECILIO, L.C.O. “Modelos tecno-assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada”. *Cadernos de Saúde Pública*: Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997.

CECILIO, L.CO.E 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. *Sáude e Humanização: a experiência de Chapecó*. São Paulo: Hucutec, 2000, pp 159-182.

CECILIO, LCO “Programa UNI: una necesaria ampliación de su agenda”. In: Almeida, Feuerwerker, Llanos (org). *La Educación de los profesionales de la salud en Latinoamérica. Teoría e práctica de un movimiento de cambio*”. Tomo I. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999.

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 de doutorado. Campinas: DMPS/FCM/Unicamp, 2001.

MATUS, C. Política, Planificación y Gobierno. Caracas: Fundación Altadir, sem data.

MATSMUTO, N.F. “A avaliação do impacto do PAS ao nível de um centro de saúde”. Tese de mestrado. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 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: em 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 de doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1991.