



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

CARLA RIBEIRO

A INTEGRALIDADE E SEUS PERCURSOS NO SUS

FLORIANÓPOLIS
2008

CARLA RIBEIRO

A INTEGRALIDADE E SEUS PERCURSOS NO SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde. Linha de pesquisa: Educação em Saúde.

Orientador: Prof.Dr.Marco Aurélio Da Ros
Co- orientação: Prof^a. Dr^a. Sandra Caponi.

FLORIANÓPOLIS

2008

R484i Ribeiro, Carla

A integralidade e seus percursos no SUS / Carla Ribeiro ; orientador Marco Aurélio Da Ros ; co-orientadora Sandra N. C. Caponi. – Florianópolis, 2008. 118f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2008.

Inclui bibliografia

1. Integralidade. 2. Políticas públicas. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil).
I. Da Ros, Marco Aurélio. II. Caponi, Sandra N. C.
III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. IV. Título.

CDU: 614

Catlogação na fonte por: Onélia Silva Guimarães CRB-14/071


SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

“A INTEGRALIDADE E SEUS PERCURSOS NO SUS”

AUTOR: Carla Ribeiro

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE:

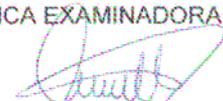
MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Ciências Humanas e Políticas Públicas

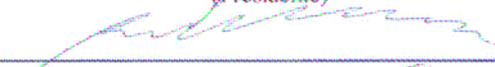


Prof. Dr. Marco Aurélio de Anselmo Peres
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública

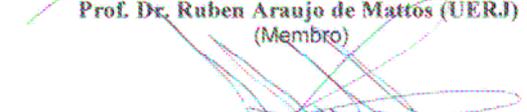
BANCA EXAMINADORA:



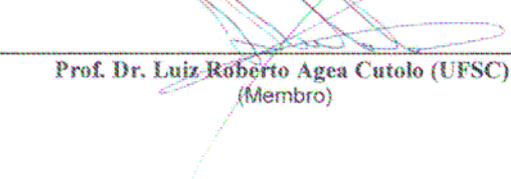
Profa. Dra. Sandra N. C. Caponi (UFSC)
(Presidente)



Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos (UERJ)
(Membro)



Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo (UFSC)
(Membro)



Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser (UFSC)
(Suplente)

Dedico a meus pais, irmão e amigos que nunca deixaram de acreditar em mim, mesmo quando
eu já havia perdido todas as esperanças!

Prefiro ser
Essa metamorfose ambulante
Eu prefiro ser
Essa metamorfose ambulante
Do que ter aquela velha opinião
Formada sobre tudo
Do que ter aquela velha opinião
Formada sobre tudo...

Eu quero dizer
Agora o oposto
Do que eu disse antes
Eu prefiro ser
Essa metamorfose ambulante
Do que ter aquela velha opinião
Formada sobre tudo
Do que ter aquela velha opinião
Formada sobre tudo...

Sobre o que é o amor
Sobre o que eu
Nem sei quem sou
Se hoje eu sou estrela
Amanhã já se apagou
Se hoje eu te odeio
Amanhã lhe tenho amor
Lhe tenho amor
Lhe tenho horror
Lhe faço amor
Eu sou um ator...

É chato chegar
A um objetivo num instante
Eu quero viver
Nessa metamorfose ambulante
Do que ter aquela velha opinião
Formada sobre tudo
Do que ter aquela velha opinião
Formada sobre tudo...

Sobre o que é o amor

Sobre o que eu
Nem sei quem sou
Se hoje eu sou estrela
Amanhã já se apagou
Se hoje eu te odeio
Amanhã lhe tenho amor
Lhe tenho amor
Lhe tenho horror
Lhe faço amor
Eu sou um ator...

Eu vou desdizer
Aquilo tudo que eu
Lhe disse antes
Eu prefiro ser
Essa metamorfose ambulante
Do que ter aquela velha opinião
Formada sobre tudo
Do que ter aquela velha opinião
Formada sobre tudo
Do que ter aquela velha opinião
Formada sobre tudo...

Do que ter aquela velha, velha
Velha, velha, velha
Opinião formada sobre tudo...

Metamorfose Ambulante

Raul Seixas

Agradecimentos

- ☞ A Deus, por ter me dado força, quando tudo parecia perdido, sempre me mostrando outras possibilidades, para que pudesse superar os obstáculos e me encontrar novamente.
- ☞ A meus pais, Airton e Vera, e meu irmão, Eduardo, que mesmo de longe sempre me incentivaram em todos os momentos, e foram o porto seguro, para que eu pudesse renovar as forças e seguir em frente. Eles são exemplos de luta e superação constante, juntos enfrentamos a diversidade, com a certeza que o amor sempre nos uniu.
- ☞ À minha família pelos encontros, que sempre renovaram minhas forças e por ter acreditado em mim.
- ☞ A meu *Mestre* Marcão, orientador e companheiro, por ter acreditado em mim, mesmo conhecendo-me há pouco tempo. Obrigada por ter me ensinado muito mais do que construir e realizar uma pesquisa. Por ensinar-me que a luta pelo SUS vale a pena, e, principalmente, porque com você, Marcão, aprendi o significado da palavra “cuidado”.
- ☞ À Sandra Caponi por sua orientação e gentileza, pela sua acolhida quando necessitei e pelos debates polêmicos e filosóficos.
- ☞ A meus amigos quintianos, Tati, Juju, Marquito que sempre estavam dispostos a uma boa discussão teórica, a um amparo, mesmo que virtual, e uma cervejinha bem gelada sempre que possível e uma água para o Marco, é claro.
- ☞ A minha amiga quintiana Lúcia Inês (Helena) que me indicou o orientador e foi a minha co-orientadora, para além das urgências e emergências da escrita e da discussão.
- ☞ À Fátima Büchele pelo seu carinho, pelas oportunidades de aprendizagem, pela ajuda, quando mais precisei, aliás, sempre.
- ☞ A todos os colegas do mestrado que me ajudaram a perceber que a minha sanidade se manteve. Por nossos encontros e jantares culturais, principalmente a Ione, Lacita, Leia, Daniela, Daniel, Ludmila, Luzilena, Juliano, Patrícia, Carol. Muito obrigada pela amizade!

- ☞ Aos amigos e amigas que por várias vezes me distanciei, e mesmo assim, nunca se esqueceram de mim, permitindo que a nossa amizade ficasse mais forte.
- ☞ Às secretárias e assessores que me ajudaram a encontrar espaço nas agendas dos entrevistados.
- ☞ Aos amigos que me obrigaram a descansar no carnaval, me dando fôlego para continuar o trabalho.
- ☞ Ao Professor Charles que me ajudou a entrar em contato com alguns entrevistados e por sua co-orientação durante a qualificação.
- ☞ Regina Gil, de Londrina, e a Joseli de Campinas que me acolheram carinhosamente nas suas casas, durante a coleta da pesquisa.
- ☞ Aos desconhecidos que me estenderam a mão, quando estava perdida nas cidades desse Brasil ,por onde circulei para realizar minhas entrevistas.
- ☞ Aos membros da banca pelas sugestões que foram dadas desde a qualificação até a defesa.
- ☞ Aos entrevistados que me atenderam mesmo com a agenda atribulada, disponibilizando-se a serem entrevistados nos lugares mais inusitados e onde foi possível o encontro.
- ☞ Aos professores e funcionários do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, por toda dedicação.
- ☞ Ao Professor Sergio Freitas e a Pró-Reitoria de Pós-Graduação da UFSC pelo auxílio financeiro, para a realização da pesquisa.

RESUMO

A integralidade e seus percursos no Sistema Único de Saúde (SUS) é um trabalho que busca compreender quais as origens e caminhos desse pressuposto do SUS, dentro da história das políticas públicas de saúde do Brasil. A integralidade nasce no movimento sanitário como atendimento integral à saúde, junto a seus pares – universalidade e equidade. Mas é na década de 90, que se retoma o seu debate com o termo integralidade. Para compreender os caminhos desse princípio do SUS, foi necessário um mergulho na história das políticas de saúde do país. O objetivo desse trabalho foi a análise das origens e percursos da integralidade, do início do Movimento Sanitário até a atualidade. Além de construir os entendimentos sobre o tema junto a importantes atores do Movimento Sanitário e analisar as discussões e críticas realizadas atualmente pelos principais atores sociais do SUS sobre a integralidade. Para tal, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com esses importantes atores sociais da história saúde, a partir do início do Movimento Sanitário. A saúde continua sendo um âmbito de luta e a integralidade hoje tem um papel importante nesse processo, pois ela permite que sejam feitas reflexões do momento sociopolítico que estamos hoje, e com isso fortalece e qualifica o SUS. A atenção integral do período do movimento sanitário trazia questões mais pontuais ao debate, frente ao caos vivido naquele período. O debate hoje ainda se depara com as antigas dualidades, mas a legitimidade conquistada pelo Movimento Sanitário produz movimentos dentro da própria sociedade, e amplia as questões dentro da saúde. Hoje as ações integrais estão ao alcance de todos e convida os atores sociais a encontrarem novos arranjos para as práticas de saúde e situa todos os sujeitos envolvidos num papel ativo na busca da sua saúde individual e/ou coletiva. A integralidade aponta para muitas das dificuldades e muitos avanços que temos no SUS. Ela não é só preche de sentidos - polissêmico, ela também autoriza as vozes silenciadas a falar - polifônico, mas acima de tudo carrega consigo os sonhos de muitos.

Palavras-chave: integralidade, políticas públicas, SUS.

ABSTRACT

The integrality and journey of the public Brazilian health system (SUS) is a work that aims to understand which are the origins and ways of this estimative of SUS within the public health political history of Brazil. Integrality rises from the sanitary movement as a whole health service as well as its partners – universality and fairness. However, it is in the 90s that this debate is retaken with the use of the term integrality. A deep research on Brazilian political health history was done to understand what ways SUS has used in order to have this rule. The aim of this task was to analyze the origins and journeys of integrality from the very beginning of the Sanitary Movement to the present time. Furthermore, it was to build up the understanding about this subject by linking the important agents of the Sanitary Movement and analyzing the current critics and discussions that take place by the main SUS social agents about integrality. In order to acquire such information, semi-structured interviews were undergone with these important agents of social health history from the beginning of the Sanitary Movement. Nowadays, health keeps staying in a fighting atmosphere and the integrality has an important role in this process because it allows us to reflect on the socio-political moment we are currently going through. This strengthens and improves SUS. The whole attention from the period of sanitary movement brought prompter questions to the debate, in which was directly related to the chaos that was happening at that moment. Nowadays, the debate still faces the old dualities, but the achieved legitimacy by the Sanitary Movement produces other movements inside its own society and it makes the universe of questions about health even wider. Today the whole actions can be reached by the whole population. It invites the social agents to find new arrangements to the health practices and all of those who are involved are put in an active role searching for their individual and/or collective health. Integrality points out many of difficulties and advances we have got at SUS. It is not only full of meanings – polysemic; it also gives to silenced voices the speech – polyphonic. However, beyond all of it, the dreams of many are held by this integrality.

Key words: integrality, public politics, SUS

SUMÁRIO

1	O PRIMEIRO PASSO - INTRODUÇÃO	12
2	ONDE QUEREMOS CHEGAR - OBJETIVOS	14
2.1	OBJETIVO GERAL.....	14
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3	OS CAMINHOS PERCORRIDOS - METODOLOGIA	15
4	AS HISTÓRIAS CONTADAS AO LONGO DO PERCURSO – CAPÍTULOS.....	20
4.1	O MOVIMENTO SANITÁRIO E AS BASES DA INTEGRALIDADE	21
4.1.1	<i>O SUS - retrospectiva de sua história</i>	<i>21</i>
4.1.2	<i>O que é Movimento Sanitário?</i>	<i>24</i>
4.1.3	<i>Movimento Sanitário: conversando com os idealizadores.</i>	<i>28</i>
4.1.4	<i>A VIII Conferência e a Atenção Integral.....</i>	<i>31</i>
4.1.5	<i>VIII Conferência e a Atenção Integral: as vozes dos atores.....</i>	<i>34</i>
4.2	INTEGRALIDADE HOJE	43
4.2.1	<i>Da VIII CNS até a atualidade: os caminhos da integralidade.....</i>	<i>43</i>
4.2.2	<i>Os caminhos da integralidade: a história contada.</i>	<i>53</i>
4.2.3	<i>O que é Integralidade?.....</i>	<i>58</i>
4.2.4	<i>Integralidade: dando a voz aos atores e pensadores da saúde.....</i>	<i>66</i>
4.2.5	<i>Reflexões dos atores: as tensões e os desafios da Integralidade.....</i>	<i>70</i>
4.2.6	<i>Diferentes situações, diferentes perspectivas, diferentes olhares: situações problema...73</i>	
5	ARTIGO	80
6	QUEM AJUDOU A PERCORRER ESSE CAMINHO – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
7	APÊNDICES.....	111
7.1	APÊNDICE 1.....	112
7.2	APÊNDICE 2.....	113
7.3	APÊNDICE 3.....	114
7.4	APÊNDICE 4.....	115
7.5	APÊNDICE 5.....	116
7.6	APÊNDICE 6.....	117
8	ANEXO.....	118
8.1	ANEXO 1.....	119

1 O PRIMEIRO PASSO - INTRODUÇÃO

O primeiro passo é o início de uma jornada, de uma viagem ou de uma pesquisa. No caso deste trabalho a referência que se faz é a de iniciar uma pesquisa, não quer dizer, entretanto que a realização desta não seja também uma jornada, uma viagem. Inspirada em Alice no País das Maravilhas⁽¹⁾ esta jornada não será atrás do Coelho Branco que despertou o interesse dessa personagem fictícia. A curiosidade que motivou pesquisa deste trabalho foi a integralidade, um dos três pressupostos bases do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diferente de Alice que simplesmente sai correndo atrás do Coelho Branco, movida pela curiosidade, e acaba caindo na toca que leva ao País das Maravilhas. Embora também movidos pela curiosidade, a academia exige que o processo seja mais elaborado, onde se define onde se quer chegar, quais os caminhos e técnicas que serão selecionados para se alcançar o objetivo. Mas não é uma viagem tão solitária quanto a de Alice. Nessa jornada contamos com parceiros teóricos e atores que fazem parte da luta por uma saúde que atenda a todos, onde terão acesso a tudo o que for necessário sem discriminação ou preconceito.

Neste trabalho, a toca nos leva ao mundo do SUS e suas histórias, que não ficam nada a desejar ao País das Maravilhas. Para compreender melhor o SUS foi necessário realizar uma viagem às suas origens, e entender um pouco como a saúde foi tratada no Brasil, e de como ela está sendo atendida hoje. O mergulho na história da saúde é importante, para que possamos perceber e até mesmo compreender a realidade que vivemos hoje.

A importância da compreensão dessa trajetória da saúde no país é fundamental para este trabalho, pois ele busca as origens e percursos da integralidade dentro desse contexto.

A origem do termo integralidade nasce originariamente na Constituição Federal no Art. 198 que diz: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (...) II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais”(pág.14)⁽²⁾. Posteriormente, a Constituição temos com a Lei Orgânica 8.080/90 que avança um pouco mais nos seus Artigos 6 e 7 que colocam: Art. 6, item I – execuções das

ações (d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica(pág.23)⁽²⁾; e Art.7, item II – “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (pág. 25)⁽²⁾.

A inclusão dos artigos 196 a 200, na Constituição Federal e posteriormente com as Leis Orgânicas e Normas Operacionais Básicas (NOBs) é fruto de uma luta que se inicia na época da ditadura militar de 64, e é composta por diversos movimentos, que objetivavam ter um sistema único de saúde com um caráter de inclusão de todos os cidadãos, que compuseram o Movimento Sanitário ou Reforma Sanitária^(3, 4).

Desde a sua inclusão na Constituição Brasileira, o SUS passou por diversos obstáculos devido à conjuntura social vivida, onde alguns temas ou necessidades foram mais aprofundados e discutidos do que outros. A integralidade ressurge no debate político-social com a criação da NOB/96, que apresenta as primeiras propostas de mudança do modelo de atenção à saúde, propõe novas práticas de saúde para o setor público, não mais valorizando apenas os procedimentos, mas ações de saúde voltadas para as necessidades da população como um todo⁽⁵⁻⁸⁾.

Os caminhos percorridos e as histórias contadas ao longo desse trabalho nos suscitaram ao problema dessa pesquisa: Quais as origens da integralidade no Movimento Sanitário e seus percursos no SUS até a atualidade?

2 ONDE QUEREMOS CHEGAR - OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as origens e os percursos do tema integralidade, do início do Movimento Sanitário até a atualidade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Refletir sobre os entendimentos atribuídos à integralidade por importantes atores do Movimento Sanitário;

- Analisar as discussões e críticas realizadas, atualmente, pelos principais atores sociais do SUS sobre a temática da integralidade.

3 OS CAMINHOS PERCORRIDOS - METODOLOGIA

O fato social analisado neste projeto pertence ao campo da saúde, portanto, não é descolada do mundo social. Conseqüentemente, temos questões metodológicas semelhantes a do âmbito maior das Ciências Sociais⁽⁹⁾.

A metodologia de um projeto de pesquisa é o caminho a ser percorrido pelo pesquisador durante o andar da pesquisa. O pesquisador deve saber analisar os dados, mas nunca se contentar com eles, sempre criando novos questionamentos, pois existem horizontes não-empíricos, que fazem parte da realidade. O pesquisador também faz parte deste universo, portanto é um ator social e com uma posição política, que decifra as forças e interesses que mobilizam confrontos. Este deve ter claro que seu papel é político, as ciências sociais não são apenas conhecimento, mas, sim, a reflexão histórico-social sobre a sociedade. A pesquisa vem para potencializar a capacidade questionadora desse sujeito político, construindo uma comunicação qualificada que supera, e muito, a simples reprodução⁽¹⁰⁾.

A construção de um fato científico, segundo Fleck (Apud Scheid, Ferrari e Delizoicov⁽¹¹⁾) vem muitas vezes de erros e fracassos cometidos, o importante é o caminho percorrido, pois na ciência não existem erros ou acertos absolutos.

Porém as ciências sociais tratam da história, e o saber, portanto, está ligado aos interesses sociais. O cotidiano da pesquisa não é ato isolado, mas investigação diante do desconhecido e dos limites que a natureza e a sociedade impõem num constante ir e vir, portanto dialético, onde o conhecimento é um processo diário⁽¹⁰⁾.

A abordagem dialética entende a saúde como um campo complexo, onde a teoria e a prática estão sempre se influenciando, onde a compreensão é transformadora e a teoria desafiada pela prática. A saúde segundo seu conceito sociológico traz as dimensões políticas e estruturais da condição humana, onde a sua realização é influenciada por aspectos histórico-culturais⁽⁹⁾.

A abordagem qualitativa das ciências sociais permite que os dados analisados trabalhem com o “objetivo e o subjetivo, os atores sociais (inclusive o pesquisador), os fatos e seus significados, ordem e seus conflitos” (pág. 35⁽⁹⁾). A proposta desse método não é a de uma fotografia, mas de uma pintura que explicita a realidade, segundo o olhar do pintor. “A neutralidade do pintor/ pesquisador é inexistente”, pois o objeto é um sujeito que interage com o investigador (pág. 35⁽⁹⁾).

A proposta desta pesquisa teve como objeto a construção realizada pelo Movimento Sanitário e pelo Laboratório de Pesquisas sobre as Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) sobre o tema integralidade. O debate da integralidade na atualidade tem como uma importante referência o LAPPIS, que nasce em 2003. A institucionalização de um espaço de debate tem como objetivo a união de pesquisadores interessados no debate sobre o tema da integralidade e, conseqüentemente, criar espaços de troca interinstitucionais e tem realizado seminários e divulgação, bem como a publicação de livros com debates sobre a integralidade na atualidade⁽¹²⁾.

Para a realização desta investigação, a abordagem não poderia ser outra que não a qualitativa. Como investigar essa história senão buscando os sujeitos, ao vivo ou em suas publicações?

O percurso deste trabalho inicia-se com a revisão bibliográfica sobre o Movimento Sanitário e sobre os sentidos da Integralidade. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os representantes da região sul e sudeste das distintas vertentes colocadas por Da Ros^(4, 13) e Escorel⁽¹⁴⁾, apresentadas no projeto, e com os atuais promotores do debate do tema da integralidade representado pelo LAPPIS. Os sujeitos entrevistados foram selecionados pela sua notória atuação pública, profissional, acadêmica e ou institucional, a partir de informantes chaves.

Os roteiros semi-estruturados, segundo Boni e Quaresma⁽¹⁵⁾, permitem que as entrevistas se aproximem de uma conversa informal sem que o pesquisador perca o foco de seu estudo. Uma das vantagens deste tipo de abordagem é que as repostas são bem abrangentes e tem-se maior liberdade para trabalhar com questões inesperadas, bem como a aprofundar e esclarecer dúvidas durante o processo. Não existe um tempo de duração específico para a realização das entrevistas, o que favorece também a construção de uma proximidade entre entrevistador e o entrevistado, favorecendo assim que as respostas sejam mais espontâneas.

As entrevistas foram realizadas durante o IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde realizado em Salvador, em julho de 2007, VII Seminário do Projeto Integralidade realizado no Rio de Janeiro, em novembro de 2007, como estratégia de facilitar o encontro do público a ser investigado. Além destes eventos, foram ainda realizadas viagens para Porto Alegre/RS, Londrina/PR e Campinas/SP para entrevistar os sujeitos que não foram entrevistados, porque não

estavam nos eventos, ou porque não foi possível realizar as entrevistas nesses encontros. Algumas entrevistas foram realizadas em Florianópolis/SC.

Antes da realização das entrevistas, os sujeitos foram contatados e convidados a participar da pesquisa. O participante tendo aceitado, foram agendados horários previamente, quando possível, se não a combinação era feita durante os eventos. A todos foi apresentado um termo de consentimento informado (APÊNDICE 1), onde foram explicados os objetivos da pesquisa. É importante salientar que o projeto respeitou as questões éticas, protegendo os sujeitos investigados, mantendo o anonimato dos mesmos, substituindo seus nomes, aleatoriamente, por personagens da obra de ficção de Lewis Carroll⁽¹⁾, Alice no País das Maravilhas. Essa obra também inspirou o sumário e os subtítulos deste trabalho. Porém, na discussão com os orientadores, optou-se por não ocultar os atores sociais entrevistados, devido à importância histórica de seus depoimentos. Seguindo orientação do Relatório sobre Ética em Pesquisa Qualitativa em Saúde⁽¹⁶⁾, os entrevistados foram consultados sobre a transparência/ nomeação por meio do correio eletrônico (APÊNDICE 2). A maioria deles aceitou e concordou com esta proposta. Todas as solicitações feitas por estes foram atendidas, tais como: encaminhar a transcrição da sua entrevista e envio da gravação. Os que não se manifestaram ou não concordaram com esta proposição foram respeitados e mantido o sigilo das suas identidades.

Ao todo foram realizadas vinte e duas (22) entrevistas, sendo que destas apenas uma não pôde ser utilizada em sua totalidade devido a problemas de áudio.

Foram construídos dois roteiros para a realização das entrevistas, um para o grupo do Movimento Sanitário (APÊNDICE 3) e outro para o grupo do LAPPIS (APÊNDICE 4), para respeitar as especificidades desses diferentes grupos¹. Ao pensar nesses roteiros houve a preocupação de resgatar o pensamento da época, os acontecimentos marcantes e buscar as propostas sobre o 'atendimento integral' e da 'integralidade'. A proposta era de levar o sujeito da pesquisa a voltar no tempo, e a partir daí discutir questões referentes ao tema da pesquisa.

Os roteiros foram testados no período piloto, onde se realizaram duas entrevistas. Eles acabaram sendo alterados, pois ambos os roteiros se mostraram

¹ Importante assinalar que os sujeitos referidos como do LAPPIS, não o exclui como participante do da reforma sanitária, pelo contrário. Essa estratégia de divisão em dois grupos foi utilizada para fins didáticos.

longos e repetitivos. Sendo assim foram reduzidas as questões para aquelas que após o piloto, já alcançavam o objetivo do projeto. Isto permitiu que essas entrevistas fossem aproveitadas no resultado final da pesquisa. Essa alteração também deixou os entrevistados mais livres durante o encontro, reduziu o tempo de duração das entrevistas e, conseqüentemente, tornou-se menos cansativa para o entrevistado e pesquisador (APÊNDICE 5 e 6).

Outra estratégia foi adotada para evitar resposta intelectualmente pronta: no final da entrevista todos foram convidados a elaborar uma situação problema real ou fictícia que ele usaria para ilustrar os significados/ entendimentos envolvidos no tema da integralidade com ambos os grupos. A maioria concordou em criar na hora uma situação problema, outros pediram para encaminhar mais tarde por e-mail ou ainda se negaram a fazer por diferentes razões. Mas um dos entrevistados chamou a atenção do pesquisador, pois disse que a proposta da construção dessa situação problema estaria impregnada pelo modelo biomédico, enquanto que o tema desta pesquisa busca a superação deste.

Após a transcrição das entrevistas, foi realizada a análise de discurso conforme proposto por Minayo⁽⁹⁾, que faz uma reflexão da significação dos textos, visando compreender a produção social atual, suas ideologias, processo sócio-histórico produzidas no discurso.

Para finalizar, lembro de Foucault⁽¹⁷⁾ que salienta que não podemos nos aventurar no mundo dos discursos sem ter em mente que enunciados na época de sua formulação, hoje podem ser entendidos de modo inteiramente diferentes, ou seja, como uma reinterpretação da história. Não podemos descolar de nós mesmos a atualidade da nossa história e uma reflexão do ontem sempre será impregnada do hoje. E a pesquisa segundo Demo⁽¹⁰⁾ não é somente produção de conhecimento, mas um diálogo com a realidade, o que acaba por proporcionar uma aprendizagem crítica e criativa, que parte do contexto atual que nos cerca, construindo cidadania, autonomia e qualidade de vida.

Atendendo as exigências da resolução N° 196/96, do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), através do parecer consubstanciado N° 119/07, em 28/05/2007 (ANEXO 1).

Outra exigência atendida refere-se ao formato deste trabalho, que pelo regulamento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública desta universidade,

para a conclusão do Mestrado deve ser entregue um projeto ampliado e um artigo. O resultado da pesquisa será fragmentado e apresentado em outros artigos futuramente. Pois existem outros pontos a serem abordados, que o formato reducionista dos artigos acadêmicos atuais não permite a apresentação dos resultados, seu debate e as considerações finais em uma única publicação.

4 AS HISTÓRIAS CONTADAS AO LONGO DO PERCURSO – CAPÍTULOS

Ao trilharmos o percurso traçado, a busca da teoria é fundamental para o projeto, pois através da pesquisa teórica/ bibliográfica podemos ver ao longo do caminho quais são as influências, histórias, disputas que aconteceram em um determinado período e que trazem conseqüências para nossa atualidade. De acordo com Foucault⁽¹⁷⁾ a análise de arquivos aproxima da nossa atualidade o passado (a história) que hoje nos constitui. É uma tentativa de compreender o que fomos para tentarmos prever o amanhã. A proposta deste trabalho ressalta a necessidade de compreendermos a história das políticas públicas de saúde no Brasil, pois assim conhecemos as marcas do passado, presente em nós. Ao percorrermos os caminhos dessa história, buscamos conhecer os percursos do pressuposto da integralidade na história, desde o início do Movimento Sanitário até agora.

É importante salientar que a discussão desse trabalho não será em torno de um conceito de integralidade. O termo conceito para Cunha⁽¹⁸⁾, traz uma idéia, opinião, pensamento, noção, uma idéia mais fechada em si mesma; e a integralidade hoje, segundo Camargo Junior^(19, 20) pode assumir várias roupagens, como: slogan político, imperativo ético, diretriz institucional, perspectiva de integração de diversos tipos de serviços e práticas. Só nesta frase acima aparece a sua multiplicidade. Portanto, a opção é permitir que toda a potência da palavra “integralidade” surja no decorrer deste trabalho.

Após o esclarecimento dessas possíveis questões, começamos a pesquisa com um retrospecto rápido pela história da saúde no Brasil, antes do SUS. Depois dessa etapa, buscamos a integralidade hoje e observamos como ela vem sendo discutida na saúde hoje, e qual a sua importância para a saúde coletiva.

O tema da integralidade foi incluído na Constituição Brasileira de 1988, como atenção integral, dentro do capítulo que cria o Sistema Único de Saúde (SUS) como um de seus pressupostos⁽²¹⁾. A inclusão da integralidade como uma premissa parece ter sido consenso entre as várias vertentes do movimento sanitário, que apesar de seus integrantes não terem uma reflexão aprofundada do tema, compreendiam a sua importância.

A pesquisa da origem e dos caminhos percorridos pela integralidade nos levou revisitar a história da saúde do país, as forças políticas, econômicas que influenciam o futuro não só da saúde, mas do país.

4.1 O MOVIMENTO SANITÁRIO E AS BASES DA INTEGRALIDADE

O Movimento Sanitário, também chamado de Movimento pela Reforma Sanitária, organiza-se no início do período da ditadura militar, em 1964, no Brasil. Realizaremos uma pesquisa histórica desta fase, a fim de compreender os movimentos que constituíram a referida Reforma, e que, uma vez organizados, propõem o “atendimento integral” como diretriz do Sistema Único de Saúde - SUS.

Para entender, na totalidade, o significado do Movimento Sanitário, ressaltamos necessária breve retrospectiva da história da saúde no Brasil, pois essa história influencia as lutas e os anseios dos sujeitos que compõem esse Movimento Social da saúde do país.

4.1.1 O SUS - retrospectiva de sua história

A história da saúde no Brasil tem, em sua trajetória, um processo de exclusão das classes populares dos circuitos de decisão econômica, política e cultural. Num século de história, essa exclusão aparece desde a época da Proclamação da República até a transição democrática da “Nova República” (pág. 78)⁽³⁾.

A história da saúde pública, segundo Luz⁽³⁾, começa com Oswaldo Cruz. Este médico pesquisador organizou e implementou, instituições de higiene e saúde e ‘campanhas sanitárias’ destinadas a combater as epidemias urbanas e, posteriormente as endemias rurais.

A ausência de um projeto para a regulação nas relações sociais e trabalhistas urbanas, levou o Estado a assumir o papel de instância reguladora e assistencial pressionado entre as forças externas e internas. A Previdência Social brasileira teve, podemos dizer, como marco inicial a Lei Eloy Chaves, em 1923, Esta lei instrui a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), dentro das empresas. Por meio destas, instituem-se benefícios de assistência médica, medicamentos a preços especiais, aposentadoria e pensão aos trabalhadores. Essa proposição do governo nasce para neutralizar a ação organizativa dos trabalhadores, e, num contexto político de transição do liberalismo ortodoxo, criar uma nova postura. A concessão

de serviços assistenciais tinha como forma de financiamento as contribuições diretas dos empregados e empregadores e, indiretamente, da União. A gerência das CAPs era realizada por um conselho administrativo composto pelos contribuintes diretos e pelo Departamento Nacional de Trabalho competia apenas o julgamento de recursos⁽²²⁾.

No período de 1930 a 1945, embora ainda existissem as CAPs criadas no período anterior, nascem os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), inaugurando uma nova estrutura de Previdência Social, eles representam uma modernização no sistema⁽²²⁾.

Os IAPs levaram, para dentro do Estado, a estrutura previdenciária da sociedade civil, aumentando, progressivamente, o controle deste na gestão, além de colocar a contribuição da União na mesma parcela que a dos demais contribuintes, em um sistema tripartite de contribuição. Economicamente, esse período é marcado pelos esforços de acúmulo e diferenciação, substituindo as bases exportadoras, pelas industriais. Eles organizavam-se por categorias profissionais, e não mais por empresas, portanto há uma ampliação da Previdência e, algumas categorias, que antes não eram cobertas pelas CAPs, são, dessa forma, incorporadas por elas⁽²²⁾.

No caso das CAPs os fundos financeiros eram arrecadados entre os funcionários e empregadores, a contribuição era de 1% da renda para os empresários e 3% para os trabalhadores. Enquanto que nos IAPs os recursos eram tripartite (Estado, empresa e trabalhadores), segundo Almeida, Chioro e Zioni⁽²³⁾ e para Da Ros⁽⁴⁾, cobrava 3% dos trabalhadores e patrões, configurando assim a igualdade entre essas duas categorias. A proposta de arrecadação e administração demonstra uma evolução entre CAP e IAP e traz, de alguma forma, a participação popular, já que os trabalhadores tinham a sua representação na administração.

O período entre 1945 – 64 é marcado por uma variedade de governos, mas conserva sua unidade populista. Nessa época, há o crescimento das despesas da Previdência Social com aposentadorias e com assistência médica-hospitalar. O trabalhador torna-se senão a única, pelo menos a principal fonte de recursos previdenciários. Internacionalmente, a questão social é tomada como carro chefe para a composição do capitalismo, em torno de novos centros de poder, por ocasião do término da 2ª guerra. As mudanças ocorridas no Brasil, nesse período, não são em decorrência de pressões internacionais, mas, sim, porque concordam com a conjuntura e a necessidade da época⁽²²⁾.

O relato acima mostra que as políticas públicas no Brasil, antes de 1960, podem ser resumidas como sanitarismo campanhista realizado pelo Ministério da Saúde e a um modelo de atenção à doença realizada pelos IAP's. Era cobrada uma parcela de 3%, para os trabalhadores e o mesmo percentual para os patrões. Apenas os trabalhadores e seus familiares podiam utilizar-se dos serviços oferecidos: equipes de médicos e enfermeiros, hospitais próprios e equipamentos de última geração⁽⁴⁾.

O estado militarista (1964/84), também conhecido como o 'milagre brasileiro', compreende os vinte anos da ditadura militar. Neste período houve grande mudança na administração estatal e na reorientação institucional em todos os setores. Foram reorganizados os traços institucionais das campanhas sanitárias e dos modelos curativos da atenção médica previdenciária. Época marcada por atos institucionais e por decretos que modificaram a Constituição, no tocante aos direitos de cidadania, informação e comunicação social, bem como o controle dos poderes Judiciário e Legislativo. Constatou-se um crescimento da medicina privada, desvinculado da realidade sanitária da população e voltado para o desenvolvimento científico-tecnológico das especialidades. "A saúde passou a ser vista como bem de consumo médico" (pg82)⁽³⁾.

Conforme Da Ros⁽⁴⁾, ainda nestes 20 anos, abre-se espaço para a construção de um poderoso complexo médico-industrial dos fabricantes de equipamentos, medicamentos, hospitais privados, que assessora a eleição de políticos comprometidos com a defesa de interesses próprios. Teixeira⁽²²⁾ complementa essa proposição, quando afirma que a prática médica está no interior do ciclo de acumulação e reprodução capitalista, em detrimento de práticas coletivas.

Vianna⁽²⁴⁾ aponta que o Complexo Médico Industrial (CMI) pode ser entendido como uma trama de forças entre os diversos atores da saúde com o setor econômico. Atores da saúde, nesta questão, são: a assistência médica, a formação profissional, as indústrias farmacêuticas, a produtora de equipamentos médicos e de instrumentos de diagnósticos. O CMI é resultado do desenvolvimento capitalista da área médica, onde práticas privadas tornaram-se hegemônicas, onde a tecnologia assumiu um status de benefício para a humanidade, o conhecimento humano em prol da solução de problemas de vida e morte.

A configuração desse cenário tem como forte influência o Relatório Flexner dos Estados Unidos, que se originou com a investigação das faculdades de medicina do país e foi financiado pela *Rockefeller Foundation* por meio da *Johns Hopkin University* patrocinada por esse ícone do capitalismo americano. O modelo Flexneriano, nascido nesta universidade americana traz uma proposta de atenção à saúde hospitalocêntrico, biologicista, fragmentado em especialidades designadas por um saber acadêmico reconhecido por lei. E a hegemonia desse modelo nos Estados Unidos deve-se a sugestão de não financiamento das faculdades de medicina que não adotassem esse modelo, em nome da padronização e organização no ensino médico^(4, 25).

4.1.2 O que é Movimento Sanitário?

O que se evidencia na história da saúde do País, durante a segunda década da ditadura e a nova constituição, compondo a base da luta do Movimento Sanitário, era a intenção de ter um sistema único de saúde com um caráter de inclusão de todos os cidadãos, com o objetivo de cessar o centralismo, corporativismo, clientelismo, populismo e a tendência à exclusão das classes populares, enraizada historicamente.

A luta do Movimento Sanitário, da época pré-constituente, era baseado na visão de saúde individual e coletiva como uma questão universal. O movimento propõe a organização da saúde de um outro modo, uma necessidade de mudança sentida na época, numa tentativa de conter o crescimento desmedido da assistência privada que só fortalecia a exclusão e tornava dispendioso a continuidade dessa prestação de serviço devido aos altos custos, tanto para o Estado quanto para o usuário⁽⁴⁾.

Transformar a questão da saúde de um “negócio da doença” (pág. 18)⁽²⁵⁾ para uma questão de vida, trazendo para discussão todos os envolvidos, transformando os cidadãos em atores ativos, na luta pelo reconhecimento da saúde como direito de todos, invertendo a lógica da exclusão vivida no país até então, era a luta dos movimentos sociais da época pré-constituente. Pensar na saúde tanto individual quanto coletiva como uma questão universal, na luta pelo reconhecimento da saúde como direito de todos, invertendo a lógica da exclusão vivida no País até então passa a ser uma bandeira de luta.

O sentido da Reforma Sanitária, muitas vezes, não parece muito claro ou preciso, mas ele trazia em si a aspiração, o desejo de avanço aos tipos de propostas em vigor na saúde nos últimos anos, e não apenas de continuidade. Foi um movimento de caráter potencialmente inovador, no campo da prática política na área da saúde, o seu desenvolvimento e, conseqüentemente, a sua teorização⁽²⁶⁾.

Para analisar os atores sociais que impulsionaram o Movimento Sanitário utilizarei dois autores: Da Ros^(4, 13) e Escorel⁽¹⁴⁾, que trazem em seus trabalhos relatos desses sujeitos organizados em diferentes vertentes.

Da Ros^(4, 13) propõe uma leitura de sete vertentes do movimento que foram importantes: os Publicistas (do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS), os Preventivistas, a Pastoral da Saúde, o Movimento Intelectual da Área da Saúde (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES), Movimento de Renovação Médica (REME), e Movimento Estudantil. Cada uma dessas vertentes, com um olhar peculiar sobre a saúde, lutava por objetivos comuns: rever a saúde no País, associar-se contra a ditadura e lutar contra o Complexo Médico Industrial.

Os publicistas defendiam a construção de hospitais próprios e o retorno de investimentos financeiros ao setor público que, na época, sofria um esvaziamento de investimentos pelos governos da ditadura militar em prol do setor privado. Os preventivistas buscavam um retorno das práticas preventivas com um investimento maior destas ações. A pastoral da saúde representava a igreja católica que defendia a fitoterapia, a educação popular e os trabalhos junto às populações de periferia dos grandes centros e zona rural. O CEBES propunha uma reflexão sobre o sistema de saúde na tentativa de reorganizar os profissionais de diversas categorias, através da publicação da Revista Saúde em Debate. O REME defendia um sistema público de saúde e combatia a associação da sua categoria, com fins exclusivamente lucrativos e privados. As residências em saúde da comunidade vinham propor um modelo de atenção básica qualificado e municipal. Os estudantes defendiam a luta libertária com a colaboração dos outros movimentos e, através dos Encontros Científicos de Estudantes de Medicina (ECEM), discutiam as necessidades de mudanças, devido ao estado sanitário da população naquela época e defendiam a estatização dos hospitais privados, que haviam sido construídos com dinheiro público^(4, 13).

Para Escorel⁽¹⁴⁾ a transformação ocorrida não foi de um novo modelo de atenção à saúde, mas uma nova força política/ ator que foi se conformando na nova

arena política de articulação entre vários núcleos, onde três vertentes destacam-se: A primeira vertente é representada pelo movimento estudantil e o CEBES. O Movimento de Médicos Residentes e REME são a segunda vertente, e a última vertente é representada pela Academia. É importante ressaltar que essas vertentes não eram estanques ou excludentes, mas, sim, partes de um processo de construção de um movimento social.

Na primeira vertente, o movimento estudantil originou-se nas universidades, numa ação conjunta entre alunos e professores não apenas da medicina, mas representados por toda área da saúde. Com a repressão pela ditadura aos encontros estudantis, foram organizadas Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária (SESACS) que até certo ponto eram ignoradas pela repressão. O I SESACS aconteceu em julho de 1974, em seus encontros anuais estudantes, profissionais e professores da área reuniam-se para a construção de uma consciência sanitária e difusão da corrente médico-social. Enquanto os estudantes lideraram os debates de temas como saúde comunitária, o CEBES foi a pedra fundamental do Movimento Sanitário. A criação do CEBES, num contexto de dificuldades de espaços de luta contra o regime, se dá simultaneamente ao lançamento de um veículo de comunicação para o pensamento crítico na área da saúde, a Revista Saúde em Debate⁽¹⁴⁾.

O CEBES, enquanto ator coletivo e automeado representante da Academia, tem papel fundamental dentro do Movimento Sanitário, o de articulador entre o saber acadêmico e a prática política, e mediador entre a academia e os movimentos sociais⁽²⁷⁾.

Construiu-se, a partir daí, um centro de estudos e elaboração de propostas alternativas à política de saúde vigente, defendendo os interesses da população nos espaços acadêmicos, políticos institucionais, parlamentares ou executivo. Sua meta era a luta pela reforma sanitária, pela unificação do sistema de saúde e pela democracia. Posteriormente, abraçou e concentrou forças na luta pela derrubada da ditadura. O Movimento Sanitário, como movimento social, foi fomentador dos movimentos dos profissionais de saúde e difundiu o pensamento político nas questões da saúde⁽¹⁴⁾.

A segunda vertente, o Movimento de Médicos Residentes e o REME, trouxe para o movimento a discussão do mundo do trabalho com suas relações e regras, principalmente dentro da categoria médica, que se reconhece como uma classe

média e assalariada, devido à política econômica em vigor, assumindo, assim, uma consciência trabalhista. Buscam nos sindicatos, greves, e na luta salarial estratégias de reivindicação e formas de organização da categoria. O movimento dos médicos residentes identificava-se com as propostas do CEBES, sem confundir-se com elas. Tiveram em comum, muitas bandeiras de luta. Em 1980, os residentes enfatizavam o que era proposto pelo CEBES, que veio a ser um princípio norteador da VIII conferência: “Saúde não é caridade. É dever do Estado”. (pág.96)⁽¹⁴⁾. O REME ocupou sindicatos e representava um determinado segmento da categoria médica que se distinguia do segmento de ideologia liberal, propondo um enfoque de problemas sob três eixos: reconstrução das entidades médicas, uma concepção que tomava homogeneamente a categoria como assalariada e uma postura de oposição ao regime militar e às leis de exceção vigentes no País, naquele período.

A última vertente é a Academia, ou as ‘bases universitárias’ do Movimento Sanitário, foi e ainda é o pilar teórico deste. Onde construíram a ideologia, o ideário, o conhecimento e formaram-se os pensadores orgânicos da proposta, além de ser, muitas vezes, o único espaço possível de trabalho, e que resultou na construção de uma teoria social da saúde. Destacou-se como importante fator de transformação do pensamento preventivista em médico-social, ou seja, entender que a saúde inclui outros fatores como os determinantes sociais⁽¹⁴⁾.

As diferenças e semelhanças nos relatos da história do Movimento Sanitário desses autores são justificadas pela leitura do eixo sudeste do País, relatado pela autora Sarah Escorel, enquanto Marco Da Ros faz uma leitura do eixo sul⁽¹⁴⁾.

O Movimento Sanitário acontece num processo de “dentro para fora”, ou seja, de diferentes técnicos que compunham o informal “partido sanitário”, sendo que alguns destes faziam parte do aparelho do Estado (pág. 19)⁽²⁶⁾. A proposição central deste movimento foi o da redemocratização do Estado e ainda é a formulação de um projeto contra hegemônico⁽²⁶⁾.

Apesar de pretender representar os oprimidos da sociedade, o Movimento Sanitário atua, cada vez mais, no lugar dos movimentos sociais, ao invés de trabalhar vinculado a esses movimentos. Como consequência, temos a inexperiência do Movimento Sanitário a nível macro e nos momentos de embate com grupos burocráticos (pré-existentes no aparelho do Estado), e ao buscar o respeito da participação popular, não consegue devido a sua falta de organicidade,

tornando-se uma representação instrumental da sociedade civil na definição das políticas de saúde⁽²⁷⁾.

Outro aspecto importante a ser refletido aqui é a trajetória paradoxal desse Movimento, é a substituição do debate da Determinação Social do Processo Saúde-Doença (dentro da tradição latino-americana e italiana), pela Organização Social da Prática Médica. Isso não acontece ao acaso, o primeiro questiona diretamente o modo de produção capitalista, colocando em cheque a natureza do próprio Estado. Ao assumir esse marco significa trabalhar a consciência sanitária enquanto dimensão da consciência de classe, questionando constantemente as políticas públicas de saúde sob a égide do capitalismo. A Organização Social da Prática Médica desloca o questionamento da estrutura dos modos de produção para a forma de prestação de serviços e usa a categoria consciência sanitária no sentido estrito de cidadania. Aqui se explicita o “Dilema Reformista”, o socialismo desejado depara-se com as limitações e preconiza o possível: a democracia⁽²⁷⁾.

4.1.3 Movimento Sanitário: conversando com os idealizadores.

Para entender melhor o que o Movimento Sanitário entendia por integralidade escolhemos como estratégia interrogar atores idealizadores sobre a inserção e papel dos mesmos dentro da reforma. Essa proposta tinha o objetivo de escapar de respostas prontas e intelectualizadas sobre o tema. Ao realizar uma retrospectiva pessoal, levamos os entrevistados a reviver e/ ou atualizar a sua experiência do passado na busca pela atenção integral.

O resultado disso é uma viagem no tempo, onde mergulhamos com esses sujeitos nesta fase importante e rica para a história das políticas públicas de saúde do Brasil. A seguir, convidamos o leitor a nos acompanhar nessa investigação na busca da integralidade. Por meio das falas dos atores e da interlocução com a teoria.

“O movimento sanitário é polifônico, ele tem várias vozes, várias propostas...” (Madel Therezinha Luz).

“... eu não sou ator único, essas coisas todas foram feitas a milhares de mãos dadas...” (Gilson Carvalho).

As falas acima exemplificam a história da reforma sanitária, como mais do que um simples Movimento, pois ele representava muitas vozes. O seu início acontece na década de 70 e

“... nessa época se discutia a questão da implantação dos departamentos de medicina preventiva e social,... sem esse enfoque na determinação econômica social da doença” (Gilson Carvalho).

A sua discussão significava questionar o capitalismo, e conforme Gallo⁽²⁷⁾, o possível nesta época era a busca da democracia e não o debate da estrutura do Estado.

A heterogeneidade de coletivos e objetivos da reforma sanitária era composta por movimentos sociais, estudantes, residentes, médicos, sindicato médico, docentes e pesquisadores da área da medicina preventiva e da saúde pública. Dentre esses, os entrevistados citam: CEBES, renovação médica, Academia, ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), ECEM (Encontros Científicos de Estudantes de Medicina), UNE (União Nacional dos Estudantes), Sindicato dos Enfermeiros, Associação dos Residentes, CUT (Central Única dos Trabalhadores), trabalhadores da área da saúde, Pastoral da Saúde, movimento municipalista². Muitos destes já apontados por Da Ros^(4, 13) e Escorel⁽¹⁴⁾.

No cenário mundial, acontecia, em 1978, a Conferência de Alma Ata e foi a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Este evento é referência mundial pelo alcance que teve em vários sistemas de saúde do mundo⁽²⁸⁾. A conferência enfatiza a saúde como completo bem estar físico – mental – social, um direito humano fundamental, e ainda coloca como meta mundial o mais alto nível possível de saúde e inclui outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde⁽²⁹⁾.

Neste mesmo ano, 1978, acontece no Brasil o primeiro encontro nacional de municípios para debater a questão da saúde, pela luta da democratização do país e a municipalização, organizado por meio de uma parceria entre os municípios de Londrina e Niterói⁽³⁰⁾. Esse movimento origina-se de uma conjuntura da época, com o fim do ‘milagre brasileiro’⁽³⁾, as prefeituras sem dinheiro, começam *“a se voltar para*

² *“O CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) nasce com o movimento municipalista (...).” (Gilson Carvalho).*

área social, fazendo redes, coincide com Alma Ata, com a proposta de cuidados primários com saúde” (Gilson Carvalho).

O movimento municipalista, já citado, precede o grande Movimento Sanitário, um dos entrevistados relata:

“... ele tem uma importância fundamental na história da saúde desse país, mas como ele não esteve dentro, não passou pelas universidades,... vais encontrar muito pouca coisa,... foi um movimento muito fazedor das coisas e menos escritor...” (Gilson Carvalho).

O movimento municipalista unia-se, então, com o movimento de atenção primária, influenciado, também, por essa conferência internacional, mas a reunião dos municípios foi mais centrada na atenção primária e cuidados primários de saúde, que era uma demanda emergente explícita nos municípios brasileiros.

A afirmação de que o Movimento Municipalista foi mais fazedor do que escritor explicita o importante papel da Academia na disseminação das idéias do Movimento Sanitário, já explicitado por diversos autores^(4, 14, 27). Há concordância com Oliveira⁽²⁶⁾ e Gallo⁽²⁷⁾ que afirmam que o Movimento Sanitário é representado pelo que Gramsci chama de intelectuais orgânicos^(31, 32). O movimento municipalista traz em suas discussões importantes contribuições para o Movimento Sanitário, mas acaba ficando à margem, devido a ausência de divulgação acadêmica das suas idéias.

A grande maioria dos debates realizados por esses diversos atores convergia para o CEBES:

“... que era um centro de discussão, de atuação onde ao mesmo tempo em que a gente produzia a questão do sistema único da saúde coletiva na política pública naquele momento, formando pessoas, quadros, saindo, divulgando, era um momento de contra hegemonia, de tentar mudar o modelo. Então baseado tanto na produção de conhecimento quanto na difusão de uma consciência sanitária, uma prática política institucional, quer dizer, vai interferir na política” (Sonia Maria Fleury Teixeira).

A Academia acabou centralizando a discussão, os próprios integrantes do Movimento Sanitário ainda estão vinculados à Academia de alguma forma. Os militantes da saúde atuavam em mais de uma frente, participavam não apenas de um ou outro movimento, mas em diversos âmbitos, como podemos observar na fala de um dos entrevistados que narra ter *“inicialmente participado do movimento de*

renovação médica, logo depois da organização do movimento estudantil na área da saúde, do CEBES, da ABRASCO” (Jorge Solla).

Após os encontros com os idealizadores, é possível perceber na complexidade do Movimento Sanitário, um mosaico como bem relembra um dos entrevistados. Complexidade essa que não era apenas do Movimento da Reforma Sanitária em si, mas dos seus construtores também, percebemos isso nas suas falas e no engajamento dos participantes em fazer acontecer a mudança na realidade social do país, por meio da luta pela saúde pública.

Outro ponto de destaque é a importância da Academia como instrumento legitimador e divulgador do pensamento do Movimento Sanitário. A história do Movimento Municipalista demonstra muito bem isso, pois este ficou incógnito até que sua história fosse contada pela Academia.

Dando continuidade à investigação histórica, ingressamos na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) e buscamos referências para a atenção integral e seus entendimentos.

4.1.4 A VIII Conferência e a Atenção Integral

Na história da saúde, a Lei nº. 378, de 13 de janeiro de 1937, impôs a obrigatoriedade de promover conferências nacionais de saúde a cada dois anos. A 8ª CNS acontece em março de 1986 e nos 49 anos que a antecederam foram convocadas apenas sete conferências. A 1ª CNS realizou-se em 1941, a 2ª CNS, 1950 e essas duas tiveram a preocupação central na definição do espaço institucional da saúde. Nesta época, o setor saúde estava subordinado ao Ministério da Educação. A 3ª CNS, em dezembro de 1963, teve uma temática mais abrangente, refletiu o momento político da época, buscou legitimar um conhecimento prévio da situação sanitária da população e definiu formas de atuação dentro dos três níveis da esfera pública. A 4ª CNS ocorreu em 1966, e foi a primeira após o golpe militar, a 5ª CNS, em 1975 e mostrou-se desnivelada na sua estrutura temática, a 6ª CNS, em 1977 e sem preocupação com o produto final desta. E, finalmente, a 7ª CNS, em março de 1980, e esteve sujeita às influências internacionais de democratização da saúde e uma necessidade do governo em buscar a legitimidade, objetivou negociar um pacto de transição política sem grandes traumas⁽³³⁾.

Da Ros⁽⁴⁾ salienta que na 5ª CNS houve uma tentativa de criar um Sistema Nacional de Saúde formulando a Lei 6.229, que não passa do papel. E na 7ª CNS, o CEBES é convidado a participar e colaborar na proposta do PREV-Saúde, mas essa proposta sofreu represálias e como consequência, alguns membros do CEBES foram presos e funcionários do Ministério da Saúde e da Previdência foram expurgados devido a denúncias por ligações clandestinas a partidos de esquerda comunista.

A 8ª CNS acontece em 1986 e é resultado do Movimento Sanitário, de âmbito nacional, que conquistou, pelo trabalho político intenso, alguns importantes postos de condução política setorial e proporcionou, assim, uma articulação política entre partidos, organizações sindicais e população. Foi por meio dessas conquistas que esta conferência tornou-se a maior da história, e pode propor um debate ampliado para a sociedade como um todo. Teve a finalidade de subsidiar a reformulação do sistema nacional de saúde, além de proporcionar elementos para a constituinte^(4, 33). Esta CNS é marcada pelo mais amplo e democrático debate sobre a questão da saúde e trouxe grande visibilidade técnica, política, conceitual e organizativa ao Movimento Sanitário⁽³²⁾.

Outra característica importante desta CNS é que ela não se deu em um momento único, teve seu início em encontros realizados nos estados e municípios antes da sua realização. Essas pré-conferências são figuras novas na história das conferências e esses encontros criaram foros representativos de debates, contando com a participação de diferentes atores que contribuíam como subsídio para o debate nacional⁽³³⁾.

A 8ª CNS discutiu a estrutura do sistema nacional de saúde do Brasil, revendo conceitos, questionando posturas e buscando os anseios e expectativas populares relacionados ao setor saúde. Para tal, tinha três temas básicos: saúde – direito de todos, dever do Estado; reorganização do sistema e financiamento⁽³³⁾.

Dentre os temas básicos, resumidamente afirmamos que o primeiro abre a possibilidade de resgatar uma dívida social do Estado para com a população, além de ser a oportunidade histórica de assegurar na Constituição a saúde como um direito social básico. O segundo, citado acima, traz a discussão da situação da saúde na época, com um alto grau de privatização da assistência médica, hospitalar. Devido a isso se intensificou a discussão sobre como estruturar um novo sistema. O terceiro tema trata do financiamento desse sistema, trazendo uma revisão dos

mecanismos em vigência e faz algumas propostas, tais como: diversificar fontes tributárias responsáveis pela receita previdenciária, buscar uma fonte de recursos fixos para desenvolver políticas de saúde e a destinação mais justa dos recursos alocados para a assistência médica⁽³³⁾.

O segundo tema básico, reorganização do sistema, é importante para esse trabalho, pois é nele que aparece, mais claramente, os princípios do SUS, mostrando que algumas das diretrizes desse sistema foram consensuais dentro da 8ª CNS. Entre eles, aparece a proposta de integração institucional entre os vários órgãos e níveis de atenção, podemos interpretar que neste fato está evidenciado um dos entendimentos que havia na época sobre o princípio da integralidade^(33, 34).

No texto para saúde, segundo Rodriguez Neto⁽³⁵⁾, no capítulo II, referente à seguridade social, no Art.227, lê-se: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.”(pág. 34)⁽³⁵⁾. E na seção 1, dentro do Art.231 trata-se de uma rede de saúde regionalizada e hierarquizada, que constitui o sistema, mediante algumas diretrizes e, entre elas, o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (pág 35)⁽³⁵⁾.

Ainda em relação ao capítulo II, Nitão⁽³⁶⁾ relata que, num estado democrático, as ações e serviços de saúde deverão ser de quem está mais próximo à população, de modo a facilitar a sua inserção nas instâncias decisórias. Com relação às competências de ações e serviços de saúde nas diferentes esferas de governo, devem ser definidas respeitando as diretrizes do SUS (universalidade, descentralização, integralidade e participação).

Em uma sociedade em transição democrática, algumas questões contribuíam para os debates à assistência a saúde. Havia uma preocupação em buscar a integração das questões no nível social, econômico e político. O debate da integralidade aparece disperso durante esse período, evidenciava-se uma preocupação maior com a universalidade e equidade (ou igualdade) da atenção^(33, 34). Rodriguez Neto⁽³⁵⁾ demonstra isso ao dizer que a essência da proposta era o direito igualitário e universal, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, o importante ainda era que o SUS incorporasse todas as ações e serviços de saúde.

A seguir apresentaremos pontos cuja interpretação é tida como entendimento da integralidade em saúde naquele período, ou ainda fatores que demonstrem a

importância da inclusão e discussão da integralidade, e que dão alguns indícios de como era compreendida essa proposta na época.

A pluralidade de modalidades assistenciais vivida na época era uma questão em aberto. Havia diferentes produtos oferecidos como assistência integral a uma parcela da população, atos médicos isolados, diversidade técnica diante às mesmas patologias, distintas formas de atendimento aos cidadãos, ou seja, um caos na organização da saúde do país. Além disso, grande parte do debate estava centrado na reformulação institucional do setor, a fusão ou não fusão do INAMPS com o Ministério da Saúde⁽³⁴⁾.

Na tentativa de superação do caos, a proposta de integralidade das ações de saúde, elimina as dualidades entre as práticas individuais e coletivas, preventivas e terapêuticas. Desenvolve serviços básicos de saúde que integram as ações preventivas e curativas, articulados com um sistema de assistência médica secundária e terciária. Também importante citar a articulação intersetorial e a integração dos recursos públicos federais, estaduais e municipais⁽³⁴⁾.

Entre a essência dos conteúdos da proposta da saúde, aparece a sugestão de um conteúdo mínimo de atribuições, que desse ao sistema um alto grau de integralidade, mediante a inclusão da saúde ocupacional, posteriormente chamada de saúde dos trabalhadores⁽³⁵⁾.

O que pretendiam com o termo integralidade o Movimento Sanitário e suas diferentes vertentes/ movimentos? Após todos os debates, no texto constitucional aparece: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”⁽²¹⁾.

4.1.5 VIII Conferência e a Atenção Integral: as vozes dos atores

Como apresentar a VIII conferência? Esta é uma questão que se apresenta. A escolha deu-se por intermédio das vozes dos atores envolvidos nessa história. O fim do ‘milagre brasileiro’ abre uma brecha importante na ditadura e permite algumas conquistas que impulsionam na direção da 8ª CNS, como explicita a fala seguir:

“... por que também havia necessidade de se legitimar junto ao povo, por que todo mundo estava muito descontente com a função já do fim do milagre econômico...” (Clair Castilhos Coelho).

A legitimidade apontada por Clair Castilhos possibilita que a 8ª CNS fosse esse espaço de legalidade popular, pois foi o...

“... 1º evento que vão aparecer delegados dos movimentos sindical, delegados partidários, vão aparecer com o movimento popular de saúde, principalmente o MOPS³ (...) por que foi muito variado, como tinha 4.000 delegados na 8ª conferência, pelo menos 4.000 pessoas presentes, de muitas categorias profissionais diferenciadas, da academia, de classes sociais, na verdade só não estava lá a burguesia e o empresariado...” (Maria Luiza Jaeger).

Maria Luiza Jaeger complementa a colocação de Clair Castilhos, foi um espaço de debate construído socialmente por meio das pré-conferências que aconteceram nos municípios e estados brasileiros. A estrutura do debate descentralizado e prévio a 8ª CNS traz na representação de seus delegados a aproximação com as bases populares do país. A conquista desta conferência nacional é, ...

“... o único projeto inteirinho que nasceu da base para a constituinte foi exatamente o de saúde e ele foi sacramentado na conferência (...) passou pela sociedade, passou pela sociedade dos amigos de bairro...” (Gilson Carvalho).

As falas acima demonstram um pouco o que foi a 8ª CNS, resultado de uma luta árdua do Movimento Sanitário que há muito vinha discutindo as questões da saúde, criticando a situação caótica desse setor no país. Legitimada e representada pelos mais variados setores, desde profissionais a cidadãos, desde associações a movimentos sociais, um marco na história, como a maior conferência já realizada num debate amplo e democrático sobre a saúde, além do resgate de uma dívida histórica com os cidadãos brasileiros^(32, 33).

Num espaço onde há diversidade de representações, não podemos imaginar uma uniformidade de opiniões. Em vista desta questão, as negociações foram constantes nesse processo e para além da 8ª CNS, como demonstra o texto a seguir:

“... era processo coletivo de negociação... as negociações foram negociações de pressão social, mas também teve negociações onde as relações pessoais funcionaram. E de outro lado por parte do governo daquela época. E por parte do empresariado o interesse maior na constituinte era discutir mais a parte econômica do que a

³ Movimento Popular de Saúde (MOPS)

parte social. Então a parte social basicamente ficou com o povo da esquerda discutindo com o governo, o chamado movimento sanitário, ele nunca foi uma coisa única, ele sempre teve as posições mais variáveis possíveis, por exemplo, a CUT defendia uma posição... durante a comissão nacional da reforma a estatização de tudo, tanto ela quanto o PCB⁴, via os trabalhadores...” (Maria Luiza Jaeger)

Essas negociações durante a constituinte demonstram a organização e o desejo comum de todos os envolvidos nessa luta. Acima das diferenças havia um objetivo maior a ser alcançado, e sem a união de forças teria sido difícil, demonstrando o pluripartidarismo na luta pela saúde. A heterogeneidade partidária e uma meta, sonho em comum que superaram as forças contrárias. A fala a seguir demonstra o embate para a aprovação da Lei Orgânica de Saúde:

“... foi uma luta grande no sentido de se aprovar ou não, por que tinha gente contra, e digo aqui uma homenagem e foi graças ao trabalho da esquerda, da direta e do centrão, que se aprovou. A esquerda sozinha jamais conseguiria aprovar a 8080, então se viu a importância da pluralidade de um CONASEMS que reúne as Secretarias Municipais de Saúde, de todos os partidos...” (Gilson Carvalho)

A luta do Movimento Sanitário não encerrou com a 8ª conferência, e a pluralidade manteve-se após esta, agora o foco era para que as propostas da 8ªCNS entrassem na Constituição e se fimassem por outros meios legais. A lei orgânica 8080/90, demonstra isso, assim como a 8142/90. Estas leis foram necessárias para colocar em vigor os artigos da Constituição Brasileira, de 1988. Durante os dois anos de Constituinte, essas leis tiveram o acompanhamento da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que assessorou deputados, garantindo que o lema da 8ªCNS entrasse na constituição⁽⁴⁾.

Retornando ao período que precede a 8ªCNS, percebemos que com o fim do milagre brasileiro^(3, 4) foi exposta uma realidade cruel, a fonte de financiamento não era inesgotável e aquela forma de estruturar a saúde era de alto custo e baixa resolubilidade. Esta conjuntura já era motivo de preocupação do Movimento Sanitário, as discussões refletiam isso:

“... houve toda uma discussão durante a década de 70 de que não dava para reduzir saúde a 1º acepção, da assistência à saúde, como tava na constituição anterior, apenas assistência médica. Então saúde tinha a ver com condições, quer dizer, ou mudava o

4

Partido Comunista Brasileiro (PCB)

conjunto das coisas e atenção. Os serviços de saúde tinham de pensar em saneamento, tinha de pensar em educação, tinha que pensar...” (Maria Luiza Jaeger).

O debate no Brasil e no mundo, na década de 70, traz marcadamente o discurso da saúde como um direito fundamental, como propõe Alma Ata⁽²⁹⁾. Os sistemas de saúde, nos países de primeiro mundo, começaram a ser questionados diante novos entendimentos do processo saúde – doença – cuidado, articulando saúde e condições de vida. Outra razão forte foi a inviabilidade de manter os custos dessa estrutura centrada na assistência médica e na alta tecnologia, que tinha pouco efetividade, principalmente no caso das doenças crônicas⁽²⁸⁾.

No Brasil da ditadura militar, vivíamos uma realidade onde o dinheiro da saúde financiou a construção de hospitais privados e pagava por exames realizados nestas instituições financiadas pelo dinheiro público. A prática médica estava no interior do ciclo de acumulação e reprodução capitalista, seguindo a lógica do modelo flexneriano^(4, 22, 25). A fala na seqüência demonstra isso:

“... estávamos fazendo uma saúde partida, uma saúde trincada, onde a gente negava muita gente fácil, onde os pobres principalmente não tinham acesso aos outros caminhos, eles muitas vezes ficavam na atenção básica, primeiros cuidados, ou da emergência, e não tinha uma continuidade. A gente tem que fazer, não só o individual e também não só o coletivo tem ter o individual e coletivo junto. A gente tem de ter a baixa complexidade, todos os níveis de complexidade, e a média e alta complexidade. Então essa foi uma discussão individual, coletiva, é média e alta complexidade preventiva e curativa, esta discussão passou muito por cima disso. (...) não eram cuidados primários exclusivos, excludente dos outros cuidados, era integrado aos outros cuidados. Então a integralidade dos procedimentos, a integralidade dos especialistas, mas que não fosse como caminho para quem não tem atenção primária, mas fosse à continuidade da atenção primária. A integralidade contrapunha as dicotomias históricas...” (Gilson Carvalho)

O debate do Movimento Sanitário e a conquista da 8ªCNS foram o reconhecimento do conceito ampliado de saúde, como um dos mais importantes avanços para a saúde do Brasil. Isso explicita que o país estava mudando, ou tentando mudar a sua relação com a saúde⁽⁴⁾.

Nessa imersão histórica que fazemos na busca da integralidade dentro do Movimento Sanitário, não a observamos explicitamente, ela surge como resposta a uma conjuntura da época, assim como seus pares, a universalidade e a equidade. Os próprios atores dessa história não fazem referência direta a ela, mas quando

questionados trazem à reflexão a importância da sua inclusão, como nesta fala, contrapondo dicotomias históricas.

“... A palavra integralidade aparecia como uma palavra difusa. Ela aparecia muito mais como atenção primária, educação popular, a palavra não era integralidade nem atenção integral, as palavras eram educação popular, atenção primária, saúde comunitária, essas eram as palavras pra dizer o que hoje eu chamaria atenção integral...” (Chapeleiro).

A idéia desse pressuposto, segundo um dos entrevistados era,

“... muito mais como um elemento, mas não um elemento chave, naquele momento do projeto. A gente tem que pensar que o projeto ele não estava pronto (...) atenção integral aparece, mas que ela foi posteriormente recebendo mais conteúdo e mais importância...” (Sarah Escorel).

Assim como o projeto do sistema de saúde não estava pronto, a idéia de integralidade também parece estar ligada a todo esse contexto vivido na época. E as referências feitas pela citação acima retomam o debate da década de 70, a discussão da atenção primária, da educação popular, da saúde comunitária.

Um projeto inacabado que nasce de uma proposta socialista inviável durante uma ditadura militar, e o que se pode realizar, ou o que é prioritário conquistar é a democracia^(4, 27). Poderíamos dizer que alguns conceitos não foram suficientemente desenvolvidos, *“na discussão da reforma brasileira tivemos várias caixas pretas, várias caixas pretas, esses conceitos eram pra nós caixas pretas, de repente universalidade, que é uma caixa preta ainda hoje.” (Rei de Copas).*

As propostas da 8ª CNS e, conseqüentemente, do SUS nascem do encontro de diferentes atores, as contradições deveriam fazer parte do cotidiano dos debates.

“... sempre houve um mosaico em que a idéia de integralidade funcionava efetivamente como uma imagem objetivo, quando não se esclareciam as diferenças entre os sentidos...” (Ruben Araujo de Mattos).

Integralidade, universalidade, igualdade eram temas debatidos, portanto a integralidade não aparece como tema novo, incluído na discussão do *“slogan tudo pra todos que é antigo” (Gilson Carvalho).*

Este entrevistado afirma:

“... esses princípios, todos eles, tinham uma discussão que já era anterior, eu faço um divisor de águas... a 3ª conferência nacional de saúde, em 63, no final do ano, em dezembro, o ministro era Fadul. Era a época das grandes reformas do Brasil, se discutia reforma agrária, reforma da previdência, reforma da educação, depois um pouco da previdência e saúde, o sonho nosso acabou. Por que logo em março veio a ditadura militar, mas de dezembro a março nos tínhamos o sonho ainda de tirar o que estava decidido na 3ª conferência ...” (Gilson Carvalho)

O debate não é novidade, a 3ª CNS, sob a direção do ministro Wilson Fadul, abordou a discussão da situação sanitária do país, evidenciando a questão médico-sanitária do país nas três esferas políticas, propondo a municipalização dos serviços e a fixação de um Plano Nacional de Saúde⁽³³⁾.

Mesmo não sendo um tema novo, as contradições e as diferenças nos entendimentos ou interpretações aparecem, com relação às origens também desse pressuposto, que são atribuídas a diferentes bases.

Entre as origens citadas por diversos entrevistados, a já comentada Conferência de Alma Ata, possivelmente, também origina a expressão ‘atenção integral’ posta na Constituição, devido a sua discussão dos cuidados primários de saúde. Esses cuidados referiam-se a uma atenção primária levada para comunidade, próxima de onde as pessoas vivem e trabalham, o primeiro momento da atenção à saúde⁽²⁹⁾. As expressões – atenção integral, atenção primária, saúde comunitária – por vezes pareciam confundir-se, mas também foram explicitadas por Paim⁽³⁷⁾ quando diz que os temas saúde comunitária e medicina comunitária eram sinônimos de saúde pública, medicina social, medicina integral ou ainda medicina preventiva.

“... era o momento de descrever o cuidado a saúde, com um pouco do conceito de atenção primária, o conceito de saúde comunitária. A atenção primária era uma coisa mais forte, parece que transforma, era poder transformar... tinha esse desejo de chegar mais próximo de onde as pessoas moravam ...” (Chapeleiro)

No final do século XIX, começou a separar tudo, “a luta pela atenção integral, pela desfragmentação é uma luta desde início do século passado” (Rainha de Copas), a dialética social produz novos questionamentos e começamos a ter críticas e “na década de 70, isso fica mais acirrado, a fragmentação com a reforma flexneriana (...) integralidade ela veio quase que arrancada do povo, arrancada do próprio Movimento” (Rainha de Copas).

Outras referências que são citadas como possíveis bases para a discussão da integralidade são: o Modelo da Medicina Preventiva Norte Americano, a História Natural das Doenças, a influência do Conceito Ampliado de Saúde, Relatório Dawson e a Reforma Sanitária Italiana.

Essas indicações são também as bases dos debates da nossa reforma sanitária, o que reafirma que a integralidade estava incluída dentro de um bloco de propostas.

“... essa idéia de integralidade, de medicina integral de alguma forma vem da medicina preventiva americana, que tem nome de comprehensive medicine, que poderia traduzir como medicina integral. A partir do preventivismo, de uma crítica que foi realizada, uma crítica teórica epistemológica ao modelo da medicina preventiva. E era uma forma também de você criticar, apesar da sua precariedade, a saúde pública clássica que só via parte da prevenção e a assistência médica individual, curativista, hospitalocêntrico, todos esses adjetivos que se utilizam aí, para caracterizar tanto a medicina liberal quanto a medicina previdenciária, que era a medicina na época do INPS e posteriormente do INAMPS. Então apesar de termos críticas fundamentadas a essa concepção de medicina preventiva, na luta política, teórica, ideológica ela era útil para poder se confrontar com aquilo que na época era hegemônica, tanto o sanitário tradicional quanto a medicina previdenciária e a medicina liberal...”(Jairnilson Paim).

Como a citação acima explicita, a discussão da medicina preventiva e história natural das doenças, quando o debate fazia um contra ponto na hegemonia colocada na época. Houve, também, uma mitificação do papel do social na saúde. Ao tornar-se mito perde a articulação entre a medicina e a sociedade, de onde vem a riqueza dos diferentes saberes. A falta de uma teoria que discuta essa relação permitiu que isso acontecesse, fazendo com que essa articulação assumisse um valor de troca dentro da sociedade capitalista⁽³⁸⁾.

O que *“se discutia mais era o conceito ampliado de saúde, o financiamento do modelo do sistema e a reforma ou mudança do modelo assistencial, do modelo de gestão” (Clair Castilhos Coelho)*, que *“veio da 8ª conferência como um conjunto articulado de políticas públicas de intervenções sobre determinantes sociais da saúde” (Jairnilson Paim)*.

Outra influência importante daquele período foi o Relatório Dawson de 1920, que:

“... introduziu a questão da estrutura do sistema em níveis de complexidade... seria a questão da integralidade, seria ter acesso em tempo integral, em qualquer nível, que inicialmente era vedada e com a constituição de 88, passa a ser universal, integral, pra corresponder com conceito de verticalidade...” (Valete de Copas).

O referido relatório tem sido considerado um dos primeiros documentos através do qual se propõe pensar na criação de Sistemas Nacionais de Saúde e de modo específico as políticas públicas. Originário da Inglaterra, no ano 1920, o sistema de saúde propõe uma organização hierarquizada dos serviços de saúde por nível de complexidade (os centros primários de atenção à saúde, os centros secundários de atenção à saúde e os hospitais de ensino) em uma área geográfica definida, organizados com bases populacionais e influenciou diversos sistemas de saúde do mundo, inclusive o brasileiro⁽³⁹⁻⁴¹⁾.

Não podemos deixar de destacar na entrevista acima, o entendimento passado sobre a atenção integral, ou integralidade como é citado, “amarrado”, à universalidade.

O trecho da entrevista a seguir, demonstra a influência das diversas referências no debate da saúde, no período do Movimento Sanitário e, conseqüentemente, a influência no entendimento e discussão da integralidade.

“... esse conceito de integral, de atenção integral é uns dos conceitos tradicionais do sistema de saúde, dos sistemas públicos de saúde, o Brasil não inventou, (...) boa parte das diretrizes que estavam na Inglaterra, na União Soviética, em Cuba, no Chile, nos países que estavam implantando políticas públicas nos sistemas nacional de saúde. E o conceito de integral vem dos anos 30, 20 lá na Inglaterra, que é a idéia de um sistema que fundisse a prevenção com clínica, realizasse o atendimento preventivo básico até o mais sofisticado. O conceito de integralidade ele é ligado a idéia do sistema, não o sistema fragmentado como é o do público/privado, área curativa/área saúde pública do governo, área curativa assistencial do mercado, como é nos EUA até hoje e que era no Brasil. Então ele se propõe a integração sanitária, universalidade, são conceitos antigos. O SUS inovou na descentralização, na gestão participativa, controle social, mas os outros todos, inclusive integralidade, a gente herdou. A hierarquização, regionalização, essa história no Brasil, são conceitos dos anos 30, 40. Isso entra na 8ª conferência com esse sentido: de assegurar as pessoas o que fosse necessário; ter um sistema com base na necessidade de saúde, pra isso tem que ter todas as ofertas possíveis, necessárias, tem prevenção, teto em pesquisa, cirurgia, fisioterapia, prevenção comunitária, que essa a idéia dela, da intervenção global...” (Gastão Wagner de Sousa Campos).

Esse entrevistado relata as influências de outros sistemas de saúde na discussão da reforma sanitária no Brasil, explicitando as bases de alguns pressupostos, bem como as inovações propostas no nosso sistema. Mas se destaca, novamente, a compreensão da integralidade, porém associada por esse ator às questões do sistema de saúde e compreendida com a equidade.

Ao longo da apresentação deste subtítulo, percebemos a dialética social tecendo conceitos, propostos na área da saúde. E como já comentamos anteriormente, a multiplicidade produzida por intermédio do encontro de todos esses atores e as diferenças e semelhanças, contradições resultantes desse processo, traz à tona algumas compreensões para a expressão: atendimento integral.

“... da 8ª conferência (acho que) a idéia de atenção integral já tinha várias conotações, não acredito que elas tenham surgido no decorrer do processo, acho que já tinham abordagens diferentes da idéia de atenção integral. Atenção integral vista como uma assistência global do indivíduo, do paciente, do usuário, abordado tanto na idéia do bio-psico-social, nas diversas dimensões do ser humano, com até abordagem vamos afirmar na forma biológica, uma forma mais global. E também na perspectiva de você não ter um sistema de saúde que fosse restrito a determinado nível de atenção, se tivesse sistema de saúde que fosse amplo suficiente. (...) junto com universalidade é óbvio, e você em vez de as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, eu brincava às vezes com o pessoal, o SUS é uma utopia tão grande se propõe a fazer tudo, atender todos, o problema que ‘todos’ é muito amplo ...” (Jorge Solla)

Percebemos, aqui, a diversidade de entendimentos, que não é a redução do sujeito ao objeto, centrada na doença, mas acabar com a dicotomia entre prevenção e cura tanto a nível institucional (representados pelo Ministério da Saúde e INAMPS) quanto das práticas de saúde, uma necessidade urgente de superar a fragmentação do sistema, das práticas e ações de saúde. E de promover a integração dos diversos níveis de atenção, combater o reducionismo das políticas, como por exemplo: *“reduzir as mulheres à função de mãe” (Ruben Araujo de Mattos)*, a des-hospitalização do sistema de saúde, a ampliação à atenção à saúde com equipes multiprofissionais de saúde, ou seja, combater a hegemonia flexneriana que era uma realidade na época. Buscar brechas nas forças políticas para superar o caos experienciado na saúde naquele período⁽³⁴⁾. A pluralidade vivida na época proporciona uma multiplicidade de compreensões e necessidades, como bem explicita o período a seguir: *“e esse conjunto de sentidos (da atenção integral) ele ta*

presente, eu diria, numa fronteira do Movimento Sanitário atrás” (Ruben Araujo de Mattos).

Todo esse processo do Movimento Sanitário como *“uma tentativa de devolver ao povo uma atenção pra ele” (Lagarta)*, a busca do direito à saúde. Por que por mais que tenhamos a formação acadêmica, as comunidades *“sabiam muito mais do que nós” (Lagarta)*, o resgate da cidadania, do direito a saúde, do ir e vir, a liberdade.

A associação da atenção integral a seus pares, universalidade e equidade refletem uma preocupação daquele período, a essência da proposta era o direito igualitário e universal, incorporando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde⁽³³⁻³⁵⁾. E isso foi destacado ao longo desse texto por meio de algumas citações dos entrevistados, onde os entendimentos da integralidade na época aparecem diretamente associados às compreensões atuais da universalidade e equidade.

4.2 INTEGRALIDADE HOJE

Após essa investigação histórica dentro do Movimento Sanitário, vamos nos debruçar sobre o entendimento da integralidade hoje. O processo social não acontece de maneira estanque, onde possamos pular de um período para outro sem maiores prejuízos, pois para entendermos melhor esse pressuposto devemos ter, ao menos, uma noção básica de como evoluiu o SUS, desde a 8ª conferência até os dias atuais.

4.2.1 Da VIII CNS até a atualidade: os caminhos da integralidade.

A 8ªCNS foi um espaço onde disputas, conflitos, anseios e expectativas, internos e externos ao Movimento Sanitário foram colocados em discussão, e seus integrantes buscaram, por meio do debate, o consenso (possível), para a elaboração de um sistema de saúde no país⁽³³⁾. A luta do Movimento Sanitário não acabou após o término da 8ª CNS, foi um momento onde se configurou uma vitória, mas não o fim, apenas uma etapa vencida. Essas conquistas acabaram por produzir, ou iniciar mudanças no contexto sócio – político da saúde no país. Essa transformação de concepção de saúde na sociedade brasileira passa a ser uma das próximas lutas a serem empreendidas pelo Movimento Sanitário. Como superar o “modelo

hegemônico” para o “modelo da integralidade” (nomenclaturas usadas pelas autoras Pitta e Meira)⁽⁴²⁾.

A 8ª CNS não se restringiu à sua realização, em verdade ela acumula um processo. Mesmo antes de ela acontecer houve pré-conferências e após a sua realização desdobrou-se em 1986/1987 em conferências específicas por temas e/ou áreas de atuação. Além disso, como principal legado a constituição da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e a conformação da Plenária Nacional de Entidades de Saúde⁽¹⁴⁾. A luta da CNRS que antes acontecia com a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), diante da Assembléia Nacional Constituinte tornou-se muito mais árdua, pois a expressão desses interesses acontecia por meio das representações parlamentares⁽⁴³⁾.

A Constituição Brasileira é aprovada em 1988, escrita pelos deputados eleitos no mesmo ano da 8ª CNS, e traz, pela primeira vez na história, um capítulo sobre saúde dos artigos 196 aos 200, criando assim o SUS, outra conquista do movimento da saúde⁽¹⁰⁾. A Plenária de Entidades manteve-se atuante durante todo o processo constitucional e posteriormente nas discussões e negociações da Lei Orgânica da Saúde, garantindo as proposições da CNS de 1986⁽¹⁴⁾.

As Leis Orgânicas de Saúde nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90 foram criadas para a regulamentação do SUS, um sistema público descentralizado e integrado pelas três esferas do governo, criado pela Constituição de 1988⁽⁴⁴⁾.

O desdobramento da 8ª CNS tinha suas justificativas, pois muito dos avanços da década de 80 na direção de um sistema de saúde desejado pelo Movimento Sanitário foram freados, como explicita Luz⁽⁴⁵⁾:

“As resistências oferecidas pelo clientelismo, pela partidarização das instituições de saúde das instituições de saúde, no sentido mais corporativo do termo *partido*, pela burocracia tipicamente pré-capitalista do nosso aparelho estatal, avessa às modernizações, pelos interesses lobistas das grandes empresas do setor e pela própria tendência institucional à concentração e à centralização do poder, constituíram poderoso freio às mudanças propostas pela VIII CNS e ratificadas pela Constituição de 88.” (pág. 122)⁽⁴⁵⁾

Ao longo da sua luta o Movimento Sanitário obteve muitas conquistas e derrotas. Em 1983, por exemplo, consegue a inserção dos espaços institucionais, que era uma das suas estratégias de ação. Essa inserção serviu para acumular experiências em instituições gestoras de serviços de saúde, ou propositora de

políticas de saúde, resultando em projetos desenvolvidos posteriormente dentro do Movimento Sanitário. A vitória teve um preço, o movimento da reforma sanitária se afasta do movimento popular, colocando em segundo plano as alianças com as classes populares⁽¹⁴⁾.

As lutas pela saúde, ao longo dos anos, constituíram-se em um processo político-pedagógico-social, onde cada vitória ou derrota configurava-se em novas proposições. Como a vitória de 83, colocada acima, trouxe boas oportunidades, com algum custo, da mesma forma as conquistas do 8ª CNS produziram outros movimentos. Alguns pontos já alcançados necessitam ser avaliados dentro de uma nova conjuntura para criar novas estratégias, para que o sonho não se perca. As ações dos atores desse movimento foram modificando-se ao longo do processo⁽¹⁴⁾.

As vertentes propostas por Da Ros^(4, 13) e Escorel⁽¹⁴⁾, no capítulo anterior, sofrem transformações, incorporando novas vertentes, campos de atuação e problemáticas, diante essa nova conjuntura construída nesse processo. Conflitos surgiram entre identidades partidárias e a unidade do Movimento Sanitário. As vertentes representadas pelos profissionais de saúde acabaram deslocando-se do âmbito dos conselhos, para uma luta política mais geral. A Academia distanciou-se de sua prática política. E essas dificuldades na implementação atingiu principalmente a base de apoio da Reforma Sanitária, os usuários dos serviços a quem o projeto destina suas propostas e ações.

As eleições levam o Movimento Sanitário para dentro dos Estados e Municípios, além de ampliar a influência na esfera central, com a incorporação do CONASP⁵ e INAMPS⁽²⁷⁾. Nesse período pós 8ª CNS, conseguiu manter sua característica suprapartidária apesar dos conflitos. E também continuou com a análise das relações entre saúde x autoritarismo e saúde x política social, porém estava envolvido em muitas frentes, para ampliar a discussão para além da universidade, mas para as instituições, estados e municípios, mais preocupado com as tarefas concretas do exercício do setor público^(27, 43).

O primeiro passo na direção do SUS foi o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), mas ainda precisavam ser vistas questões como: financiamento, preparar as instituições de ensino para atender as necessidades da saúde pública, definir a participação popular por meio de uma nova

⁵ Conselho Consultivo da Administração da Saúde

lei orgânica, desenvolvimento científico tecnológico e por último a questão da ética profissional⁽⁴⁶⁾.

O SUDS era uma das seis recomendações básicas da 8ª CNS, visava a descentralização dos serviços de saúde, estabelecendo um gestor único de saúde em cada esfera do governo⁽⁴⁶⁾. A sua implementação dependeu do compromisso dos dirigentes políticos setorial, mas onde o processo se desencadeou, ele sofria resistências, devido a receios da perda de poder de algumas lideranças políticas⁽¹⁴⁾.

O SUDS impulsiona o avanço na direção SUS, incluído na Previdência Social e na nova Constituição, é uma conquista, mas não significa o fim do processo, apenas uma etapa superada. Ainda hoje vivenciamos a problemática da distribuição do poder institucional, seja ele concernido do Estado para o cidadão, ou a grupos políticos divergentes historicamente dentro das instituições, que ainda disputam espaços de poder nas decisões e orientações na política de saúde, no regime democrático. As ampliações das ações do Estado para funções assistenciais combinam duas formas de administração, a liberal e a saúde pública^(3, 47).

O SUDS representou a possibilidade concreta da irreversibilidade do projeto da reforma sanitária. Abriu espaço para que novas forças políticas, os Secretários Estaduais de Saúde e os Secretários Municipais de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o CONASEMS exercessem pressão para que o processo de estadualização e municipalização acontecesse. A inserção desses novos atores nessa luta pela saúde produziu uma complexidade diferente da luta inicial da reforma sanitária⁽⁴³⁾.

Entretanto, o SUS ficou sem regulamentação até o fim dos anos 80, quando iniciou a década de 90, com a eleição do governo Collor de Mello, gestão favorável ao neoliberalismo, inicia-se o desmonte do aparelho do Estado e das políticas sociais construídas, desde a era de Getúlio Vargas. Os anos 90, foram vistos como a década perdida tanto para a questão social, como para a economia. Esse processo é resultante da globalização, definido por economistas e cientistas políticos como um conjunto de transformações nas relações sociais de trabalho, nos modos de produção, na política e cultura do capitalismo. Os efeitos da globalização são de concentração de capital nas economias centrais e desagregação social na periferia do sistema, atingindo em cheio as nações⁽⁴⁸⁾.

Outra reforma do Estado inicia-se simultaneamente à implementação do SUS nessa década, porém essa é comandada pelo Ministério da Fazenda que realizou o

ajuste fiscal, a contenção de gastos, o rompimento com a lógica do bem-estar social, as reformas administrativas desestruturantes, os cortes de servidores públicos e promoveu a abertura econômica que como consequência dificultou ainda mais implementação do SUS⁽⁴⁹⁾.

No cenário mundial na década de 90, há uma retomada do diálogo entre as agências internacionais e os governos, o Banco Mundial destaca-se como um investidor e apresentador de idéias, para reformas dos sistemas de saúde e organização das atribuições para os governos na área da saúde. As propostas de investimentos financeiros estavam condicionadas à adoção de certas políticas econômicas. Os investimentos nos países em desenvolvimento deviam adotar políticas que reduzissem gastos públicos e realizar privatizações. Propostas estas que vinham do engajamento do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial para criar ações de saúde específicas, para as populações carentes, sem grandes investimentos⁽⁵⁰⁾.

Nos anos 90, novos atores surgem, entre eles podemos citar as Organizações Não-Governamentais (ONGs), organizações e associações locais comunitárias, agentes comunitários de saúde e governos municipais. Enquanto os atores tradicionais (profissionais de saúde), nesse período, assumem uma postura e interlocução mais madura com a sociedade civil. Essas duas forças unidas na exigência da participação no planejamento e na gestão dos serviços de saúde por meio dos conselhos de saúde. Profissionais, gestores e burocratas são uma força política dentro do Estado, no sentido de produzir a desconcentração de poder de dentro para fora⁽⁴⁸⁾.

As organizações e associações locais comunitárias atuantes desde o Movimento Sanitário, juntamente com as ONGs e os agentes comunitários, construíram um entrosamento entre as organizações civis e setores institucionais, que se configuram em um forte elemento de luta pela desconcentração, descentralização do poder do Estado. Essa realidade infelizmente é limitada a poucos estados e municípios, pois ela depende da cultura político-partidária dominante nos governos⁽⁴⁸⁾.

Com o crescimento dos governos municipais, expansão das prefeituras e suas secretarias, organizados em nível de associação nacional, tornou-se necessário aos municípios unirem-se como poder público, face ao poder central, para obtenção de financiamento, afim de evitar a falência das prefeituras. Com esse

crescimento político da esfera municipal, ela torna-se um ator importante, pois impulsiona a descentralização. Por outro lado, o CMI continua influenciando fortemente as forças políticas no sentido contrário, em todas as esferas do governo. O Estado tende a privatizar seus serviços e limitar-se como regulador dos serviços oferecidos à população. O campo de batalha está posto, essas forças confrontam-se socialmente, a dominante pressiona as forças que buscam a descentralização e desconcentração das políticas de saúde⁽⁴⁸⁾.

Foi na esfera municipal que aconteceram as novas experiências de organização dos serviços de saúde, foram nelas, que se construíram as melhores estratégias de superação das grandes questões sociais e técnicas da efetivação do SUS nessa nova conjuntura. Os municípios, para implementar o modelo técnico-assistencial em defesa da vida⁶, teriam de alcançar uma gestão democrática, compreender a saúde como direito de cidadania e os serviços públicos voltados para a defesa da vida individual e coletiva. Para alcançar essa meta, respeitando as diretrizes constitucionais, essa esfera do governo teve de desenvolver outras formas de planejamento e ações em saúde. As conseqüências disto é a abertura do debate em saúde para novos atores e a busca por outras teorias, já que as velhas bases teóricas não dão mais conta da proposta do SUS^(51, 52).

O desafio vivido pelos municípios não foram pequenos na superação dos obstáculos existentes. Pioneiro solitário, pois seus potenciais parceiros estadual e federal preocupam-se mais na preservação dos privilégios, do que ousar na construção do novo⁽⁵¹⁾. Além dessa disputa inter-burocráticas nas diferentes esferas do governo, os maiores entraves na implementação do SUS, foram (ou ainda são) a insuficiência de recursos financeiros, problemas de gestão, disputadas e conflitos de interesses entre os setores público e privado⁽⁵³⁾.

As políticas neoliberais são outro grande desafio a ser superado, o SUS propõe-se a dar significados inovadores aos princípios e para que isso aconteça deve se contrapor ao projeto neoliberal. Como o governo federal adota essas políticas, e como estratégia investe na perda de qualidade e efetividade, promove por meio do sucateamento da atenção a saúde a expulsão da classe média na direção dos planos privados na década de 90^(51, 53).

⁶ Pacto pela Vida e Gestão de 2006, elaborado pelos gestores do SUS, traz três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Estas políticas concordam com as propostas das agências internacionais, como Banco Mundial, onde havia uma forte crítica destas, aos sistemas de saúde que oferecessem acesso universal gratuito. O pacote proposto incluiria um pacote mínimo de intervenções de alto custo e uma política que melhorasse a qualidade de vida dos pobres e conseqüentemente diminuísse os custos com a saúde⁽⁵⁰⁾.

Carvalho⁽⁵⁴⁾ é direto quando fala da crise da saúde explicitada pela implementação do SUS: “O caminho para sair da crise específica da saúde é só um: CUMPRIR A LEI” (pág. 31⁽⁵⁴⁾). Como esse autor salienta, temos uma das mais avançadas legislações, a Constituinte e as Leis Orgânicas. E nas leis existem propostas para um novo modelo de saúde, o modelo assistencialista já se esgotou mundialmente, e a prática médica também já está sendo revista. A saída está explícita e o debate tem de passar pela sociedade para sair do papel e se tornar realidade para o cidadão.

O SUS se constrói na contramão das políticas econômicas da década de 90, e unido ao Ministério Público consegue expressivos resultados na direção dos preceitos democráticos da Constituição Federal de 1988. E mesmo diante toda essas adversidades em poucos anos se conquistou a inclusão da população antes excluída da atenção á saúde^(49, 55).

A luta contra o Estado Mínimo das políticas neoliberais busca fôlego na criação de instrumentos e normas para orientar a descentralização e a organização do sistema, o Piso de Atenção Básica (PAB) e as Normas Operacionais Básicas (NOBs) são o instrumento mais significativo^(6, 48).

Porém nem nas Leis Orgânicas e nem na NOB/93 há indícios sobre modelos de atenção. A NOB/93 apresenta timidamente o processo de descentralização. Além de ser uma reação a uma crise quase fatal no financiamento do SUS em 1993, onde foi retirada de forma arbitrária a fonte de contrapartida do nível federal, junto a essa norma operacional foram construídos o Decreto de Calamidade Pública na Saúde e o documento: “A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” (pág. 433⁽⁴⁹⁾)^(5-7, 49).

A NOB/96 com a criação do PAB traz as primeiras propostas para a mudança do modelo de atenção à saúde, tendo sua implantação adiada por dois anos. Na análise da linguagem dessa norma operacional percebemos a sua dualidade, pois assim como aparece à postura ideológica a favor da descentralização, ao mesmo tempo demonstra a posição dos defensores da política centralizadora do modelo assistencial, configura-se assim um processo de descentralização tutelada⁽⁵⁻⁷⁾.

Essa norma nasce da emergência do Ministério da Saúde em modificar a forma de transferência dos recursos entre as instâncias de governo, que o pagamento dos serviços de saúde não aconteça por procedimentos realizados, propõe novas práticas no setor público de saúde, visando à reforma do sistema de saúde⁽⁸⁾. A proposta não suprimiu o pagamento por procedimento, mas foi o primeiro passo na direção da mudança, ampliando a compreensão de novas estratégias para a saúde, para além da doença. A sua edição contou com a participação de diversos representantes da sociedade, do CONASS e do CONASEMS e passou por um período de doze meses de negociações⁽⁵⁶⁾.

Esta norma operacional já aponta para o Programa da Saúde da Família (PSF) como uma opção para reestruturar o modelo de atenção à saúde estruturando a Atenção Básica. Junto ao seu antecessor Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e o PSF provocam alterações nas modalidades de alocação de recursos financeiros, formas de remuneração das ações de saúde e na organização do sistema, dando um passo importante na universalização dos cuidados^(4, 6, 8, 49).

O PACS passa a focar a família como unidade de ação programática, originando o PSF. O PSF foi concebido em dezembro de 1993 em uma reunião do Ministério da Saúde como resposta às demandas de financiamento dos secretários municipais de saúde, para realizar mudanças na rede básica de saúde. A origem do PSF vem do Programa de Saúde Comunitária, mas como recebeu apoio técnico da UNICEF e financeiro do PNUD⁷, no ano posterior à Organização das Nações Unidas (ONU) é eleito como o "Ano Internacional da Família" e constituiu-se, no Brasil, a oficialização da família, que acatou a sugestão de nome da UNICEF. Nasce num período de vazio programático das três esferas do governo, onde nada de novo era proposto num torpor repetitivo do modelo antigo^(4, 8, 50, 57).

O PSF proporciona uma nova modalidade de alianças políticas, envolvendo não apenas gestores locais, mas também técnicos de fora da área da saúde e associações de comunidade, e introduziu na discussão política social uma série de questões⁽⁸⁾.

Visando fortalecer ainda mais a mudança no modelo assistencial, e romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender suas ações para e junto à comunidade, em 1997 o PSF passa de sua limitada condição

⁷

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)

de programa para Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF busca estruturar o sistema público de saúde, reafirma os princípios do SUS e busca a consolidação de uma nova filosofia de atenção à saúde⁽⁵⁷⁻⁵⁹⁾.

A ESF hoje cresce e expõe importantes fragilidades do processo de mudança do modelo de atenção, pois em sua prática cotidiana se vê diante de novos desafios ainda não pensados ou vivenciados. Desafios estes que se descortinam em diversos âmbitos, como na gestão, nas ações práticas dos profissionais de saúde, nas necessidades de cuidados de saúde (integralidade, conceito ampliado de saúde, formação de vínculos, trabalho em equipe e abordagem familiar). Além disso, expõe um enorme rombo na formação dos recursos humanos, que continuam formando profissionais, segundo a lógica do modelo flexneriano^(6, 13).

O profissional de saúde não deve ser visto como mero executor de objetivos determinados por instâncias de poder superiores. Ele tem um importante papel da transformação do modelo para a implementação do SUS, para isso deve-se atender as demandas e necessidades desses trabalhadores sem perder de vista os princípios do nosso sistema de saúde. A prática de atenção à saúde proposta pelo SUS necessita ampliar os conhecimentos para outros campos, como da educação em saúde, epidemiologia, psicanálise. A própria clínica tem de ser ampliada, pois é na relação entre cidadão e profissional que se constrói o vínculo, o envolvimento com a família, meios de vida e outras peculiaridades de cada caso^(47, 55).

Pensar em educação faz parte da legislação do SUS, exige novas práticas que se constroem por meio de novas práticas pedagógicas na formação dos profissionais, na educação em saúde, na produção de conhecimento, na educação permanente e na prestação de serviços⁽⁶⁰⁾.

Como parte integrante da implantação do Programa de Saúde da Família, em 2001, surgem propostas na direção da formação e educação permanente dos profissionais, com base nos direitos e necessidades da população são importantes na implementação das diretrizes do SUS e do novo modelo de atenção. Permite também que o usuário e trabalhador fiquem atentos às ações de saúde, o que talvez seja um importante fator da continuidade dessa forma de atenção. A proposta de educação e conhecimento do seu papel perante a sociedade, não cabe apenas ao usuário ou ao profissional de saúde, mas a ambos enquanto cidadãos brasileiros na luta por fazer cumprir os princípios do SUS^(47, 55, 60).

A proposta de trabalho em equipe de profissionais de diferentes categorias, e a fixação dessas também configura um novo desafio, pois deixa de ser um modelo médico-centrado para que o somatório das práticas garanta a integralidade das ações de saúde. Pois não existe profissional completo, mas a atuação em equipe possibilita uma nova modalidade de atenção^(47, 55).

Podemos perceber nesse breve relato, que o SUS sofreu derrotas, mas também vitórias, muitos avanços foram reiterados na 9^a, 10^a e 11^a CNS⁽⁴⁴⁾. Algumas das dificuldades a serem superadas são novas, outras, velhas conhecidas, como as resistências a mudanças, lutas por espaços de poder, rivalidades políticas e ideológicas, as estratégias do capitalismo.

O SUS parece estar sempre sob o fio da navalha, enquanto existem dificuldades com o financiamento, gestão do sistema, qualidade e eficiência dos serviços prestados, gerando o desencantamento, descrédito na sua capacidade de mudar a realidade política e precarização na gestão de recursos humanos, traz, por outro lado, grandes avanços na inclusão social desde atendimentos básicos a procedimentos especializados na média e alta complexidade do sistema^(49, 61).

Um dos eixos de sustentabilidade político-econômica do SUS está ligada ao processo de mudança do modelo de atenção, que no momento passa por um período de transição, onde ainda predomina o modo flexneriano. Para conquista de um modelo que assegure a universalidade e a integralidade de atenção à saúde, é necessária uma estratégia de ação, para reverter o desencantamento dos brasileiros com o SUS, pois o sistema depende da força com que a sociedade entende e coloque a vida e a saúde dos cidadãos à frente de outras racionalidades e que o caminho para isso é a construção de políticas públicas^(61, 62).

Essa conjuntura atual que vivemos dificulta, e muito, que os princípios equidade e integralidade concretizem-se na busca da humanização do SUS. Isso demonstra que essa reforma na saúde está incompleta, sendo a sua expansão heterogênea, desigual devido a grande diversidade política, social, econômica do Brasil^(49, 62).

O debate da integralidade surge ou renasce dentro dessa conjuntura que se estabelece nos anos posteriores a 8^a CNS. O processo de municipalização, os novos desafios lançados com a mudança no cenário produzem questões e desafios diferentes dos que existiam no antigo modelo de assistência à saúde. A

integralidade parece que vai abrindo brechas nesses espaços de conflito atuais, na tentativa de quiçá responder a alguns desses novos desafios.

4.2.2 Os caminhos da integralidade: a história contada.

A pergunta que deve surgir nesse momento do trabalho é: os atores compreendem a integralidade hoje da mesma maneira que a compreendiam no período da 8ªCNS? A interpretação dos caminhos da integralidade é percebida de diferentes formas pelos atores entrevistados, como demonstra as falas na seqüência:

“... Eu acho que com a integralidade aconteceu isso, num primeiro momento ela tem uma determinada conotação, não é um conceito-chave, por que outros conceitos eram muito mais importantes, mas à medida que a atenção à saúde vai adquirindo uma preponderância a questão da integralidade ocupa um papel de destaque (...) aparece no início do projeto da Reforma Sanitária mas ela só vai ganhar adensamento conceitual , posteriormente, na década de 90...” (Sarah Escorel)

“... embora a integralidade estivesse na origem do SUS, o contexto da implantação do mesmo, na passagem dos anos 80/90 foi tão adverso, que a preocupação com esse princípio de alguma forma se perdeu, há um regaste relativamente recente dessa questão, pois toda a ênfase foi dada à questão do financiamento, da descentralização e do controle social nesse período inicial...” (Jairnilson Silva Paim)

Sarah Escorel fala da integralidade presente no projeto da reforma sanitária, mas foi com o processo de implementação do SUS, que traz à tona a necessidade de aprofundar, de retomar o seu debate. Jairnilson Paim justifica essa retomada devido a ênfase que foi dada inicialmente para a conquista do SUS. Maria Luiza Jaeger já demonstra na sua fala apresentada na seqüência, como se esse pressuposto estivesse em constante aperfeiçoamento:

“...Eu acho que é uma continuidade, um aperfeiçoamento, quando você fala em linha de cuidado, no momento que tu fala em humanização, que naquela época não se falava tanto, ela vem desde daquela época sendo construída...” (Maria Luiza Jaeger)

Enquanto Ruben Araujo de Mattos apresenta outra percepção:

“... Os sentidos atuais de integralidade têm conexões com os sentidos antigos de integralidade (...) essa virada é em decorrência

do processo construção do SUS, da ampliação da participação dentro do SUS e isso faz com que a integralidade ganhe novos sentidos...” (Ruben Araujo de Mattos)

As falas citadas acima demonstram a relação da integralidade hoje com a atenção integral de ontem. O processo sócio-histórico conduziu a evolução deste para atender as necessidades atuais do contexto vivido. Compreensão também apontada por Aluísio Gomes da Silva Junior: “... Não, ela vai mudando, é e vai mudando na discussão...”.

Na seqüência, as falas demonstram a leitura da integralidade por meio de alguns dos seus sentidos, aponta para o resgate do paciente como um ser humano e as ações em saúde compreendida em vários níveis de atenção para dar conta de todas as demandas que se fizerem necessário.

“...a diferença da atenção integral e integralidade, é uma resignificação desse conceito pra dar conta desse pedaço que a gente, não é, que ficou pra traz...” (Regina Gil)

“... vejo a atenção integral como tendo os dois sentidos, que são coexistentes e não são competentes. A atenção integral em termos da integralidade da pessoa e atenção integral no sentido da constitucionalidade e da ação nos vários níveis de ações de saúde. Eu acho que dentro dessa concepção as duas concepções coexistentes e são perfeitamente compatíveis com a idéia da integralidade...” (Hésio Cordeiro)

Nas repostas acima, percebe-se que muita coisa aconteceu nesse período entre a 8ª CNS, até hoje. Nesses quase vinte e dois anos, o Movimento Sanitário e a sociedade como um todo sofreram muitas mudanças. A luta que antes estava focalizada contra a ditadura, repensar a saúde no País e contra CMI, agora se encontra diante de outros desafios. A ditadura foi superada, mas a saúde por meio do SUS continua no esforço de vencer a hegemonia, ainda biomédica ditada pelo CMI e as políticas neoliberais do capitalismo. Luz⁽⁴⁵⁾ aponta isso claramente em seu trabalho, quando apresenta as resistências ao SUS, pois ele modifica e descentraliza as relações de poder políticas e sociais. As ações priorizadas neste momento parecem ter sido selecionadas por duas razões: por serem as mais duramente atacadas pela hegemonia e por dificultarem o retrocesso da efetivação do SUS^(14, 43, 46).

O que legitima essas disputas e conquistas do Movimento Sanitário, como bem coloca Ruben Araujo de Mattos, que foi “*um marco absolutamente fundamental,*

o fato de que atendimento integral entrou na Constituição como um princípio do SUS”. Essa conquista do Movimento Sanitário que por vezes pode parecer tão irrisória, dispara diversas reações no contexto social. Reitera este ator:

“... Por que ao entrar na Constituição como princípio do SUS, permitiu que outros atores que estiveram alheios ao movimento sanitário passam a poder apontar contribuições na dinâmica de enriquecimento, transformação e modificação da noção de integralidade...” (Ruben Araujo de Mattos)

Além disso, o próprio Movimento Sanitário convida outros atores ao debate ao abrir outras frentes de atuação, para além das universidades, municípios e projetos inovadores na época. Colocaram simultaneamente em ação duas estratégias: influenciar a Assembléia Nacional Constituinte e tentar colocar em prática as propostas da reforma sanitária, mesmo antes das aprovações da assembléia. A própria proposta do SUDS colocou novos atores nas discussões juntamente com as três esferas governamentais⁽⁴³⁾. E entre estes novos atores já citados, Jairnilson Silva Paim aponta para *“os gestores que estavam com preocupações muito mais pragmáticas do que debates amplos relativos à saúde”*, devido à efervescência provocada por todas essas novas proposições no setor, mas com papéis importantes na conquista do SUS.

Entre algumas das estratégias adotadas para tentar vencer esses conflitos cria as NOB/96 abre brechas de novos caminhos para a descentralização e organização do sistema^(6, 48) e entre estas uma se destaca como demonstra a fala a seguir:

“...essa trajetória da organização do sistema, respeitando os fins constitucionais, a NOB/96 foi um marco importante, dá os primeiros passos de integralidade em saúde, como um movimento de macro organização dos princípios (...)a NOB/96 foi a mais discutida com os atores envolvidos no processo, o CONASEMS, o CONASS, onde teve uma expressão, uma participação e ali acho que determinou a discussão da integralidade, como uma possibilidade desse difícil princípio constitucional, então que dali derivou várias possibilidades, uma busca em certa medida de plasmar mais esse princípio do SUS...” (Rainha de Copas)

As proposições dessa norma começam a trincar a rigidez da hegemonia, traz à baila a discussão da necessidade de outro modelo de saúde, visando novas práticas no setor público de saúde, além de que retoma a discussão social e pacto muito semelhante a 8ª CNS^(8, 56).

“... Conforme o sistema faz saúde e a descentralização vai acontecendo por meio das NOBs que foram construídas, e que as idéias foram se construindo veio desnudar pra nós que o conceito de integralidade, dentro do movimento da reforma sanitária, não era tão simples assim...” (Rei de Copas)

Portanto, essa abertura provocou o enriquecimento e a transformação do setor saúde e da sociedade, a proposição da participação social permitiu a população que sempre foi excluída expor suas necessidades^(3, 49). Essa mútua relação entre a saúde e a sociedade retoma uma questão que teve de ser deixada para trás pelo Movimento Sanitário, o socialismo⁽²⁷⁾. Mas isso não impede nossa reflexão a respeito, para expressar melhor, faço uso das palavras de um dos atores entrevistados:

“... o que importa é ter um desejo de enxergar uma sociedade de um outro modo, uma prática de saúde de outro modo, uma implicação com o cuidado a saúde, que é de mudar o modo como se vive coletivamente numa sociedade. É a sociedade que produz saúde, não é o sistema de saúde que a produz. Se fosse o sistema de saúde que produz saúde nos vamos fazer aleitamento materno, não é? Mas se a sociedade produz saúde a questão que surge é: como que nos vivemos na sociedade?” (Chapeleiro)

Rubem Araújo de Mattos complementa o enunciado acima, quando afirma:

“... Na realidade não é a integralidade que se transforma, é a sociedade que transforma as pessoas (...) se reconhecemos os conceitos, a sua criação decorre da construção das pessoas, dos atores na sociedade (...) é a dinâmica da sociedade que ta produzindo essas questões, não do conceito...” (Ruben Araujo de Mattos)

Para concluir, trago a reflexão de Luz⁽⁶³⁾ que ao discutir as fragilidades sociais da sociedade capitalista nos apresenta a crise ética que esse sistema centrado no lucro nos impele. Corrói valores que permitem a construção da coesão social, da sociabilidade arraigadas nas instituições e nas coletividades. Produz conseqüências graves no cotidiano das populações gerando uma sensação de desamparo, medo e instabilidade.

Clair Castilhos Coelho nos faz um alerta importante a esse respeito: *“... será muito difícil termos a universalidade, eqüidade e a integralidade nos marcos do capitalismo...”*. Mesmo compreendendo que o campo da saúde não pode ser analisado e muito menos justificado simplesmente nas bases econômicas, mas políticas, culturais e sociais^(63, 64).

A saúde, portanto se constitui num foco de resistência, luta por manter a simbologia do pensar coletivo, que antes eram compartilhadas em diversas instâncias da sociedade. Permite que os sujeitos construam relações de empatia, cria brechas no capitalismo, onde o encontro das pessoas é possível, o resgate de valores, tais como a solidariedade, autorizam a resignificação da vida⁽⁶³⁾.

Os três princípios citados acima configuram uma trama tríplice, quase um signo, segundo Cecílio⁽⁶⁵⁾, que expressa de forma ativa o ideário do Movimento Sanitário. E essa teia dos princípios aparece claramente nas falas dos entrevistados:

“... hoje a discussão na prática social, é a idéia de não dissociar a integralidade da universalidade e da eqüidade, a idéia de um horizonte a ser perseguido, a idéia de uma utopia a ser alcançada, e que tem uma materialização...” (Aluísio Gomes da Silva Junior)

“... quando tem universalidade no atendimento não se classifica a clientela por questão econômica, mas sim segundo a patologia que eles apresentarem ou a necessidade sanitária (...) e isso pra promover a igualdade é o que a gente busca (...) a universalidade e a integralidade é básico, e nesse sentido que eu acho que foi a contribuição importante que teve a possibilidade de avançar...” (Clair Castilhos Coelho)

Reiterando Cecílio⁽⁶⁵⁾, não é possível ter apenas um desses princípios isolados, não haverá eqüidade e integralidade sem a universalidade de acesso. O autor destaca que a integralidade e a eqüidade pensadas como objetivos da atenção a saúde, ultrapassam o limite do simples consumo ou acesso, mas nos inserem nos fluxos, articulações e circuitos da micro política. As lutas por esses dois pressupostos nos remetem a constante reflexão das ações em saúde, seja nos processos de trabalho, na gestão, no planejamento ou ainda na construção de novos aportes teórico-práticos em saúde.

A proposta de pensar um sistema de saúde em forma de pirâmide, não atende as necessidades dos princípios do SUS. No máximo, atende algumas questões mais pontuais, na integralidade, por exemplo, teríamos uma boa referência e contra-referência entre os serviços, enquanto que esse pressuposto deve ser objetivo do SUS como um todo⁽⁶⁵⁾.

A discussão da integralidade, objetivo deste trabalho, é retomada a partir de uma nova conjuntura que se configura na década de 90 e principalmente no período posterior a NOB/96.

“... Como todo o objeto, todo assunto que você vai desvendando, à medida que vai estudando, vai percebendo os múltiplos aspectos que estão envolvidos. Eu acho que a categoria não refuta os significados iniciais, mas hoje em dia há muitos mais campos onde a integralidade é um conceito fundamental para compreensão e para a análise...” (Sarah Escorel)

Os princípios do SUS nascem da luta, da indignação da sociedade perante uma saúde mercantilista, fragmentadora e excludente. A conquista desses pressupostos como princípios constitucionais produzem movimentos inesperados, desejados por todos os envolvidos.

“... essa dinâmica de mudança, ela é muito importante, pois vai se dando não estritamente por uma condução ou pela reflexão do movimento sanitário, mas ela se dá por meio do processo de transformação a sociedade. Duas características, bastantes práticas, nos ajudam a compreender essa mudança. A primeira delas é que o avanço do SUS possibilitou uma grande virada, se antes as pessoas só conseguiam falar de integralidade como um ideal contrastando com o que viam na realidade, hoje em alguns lugares, em alguns locais as pessoas conseguem falar de integralidade mostrando-a...” (Ruben Araujo de Mattos)

4.2.3 O que é Integralidade?

A integralidade é uma diretriz constitucional do SUS e atualmente surge como uma estratégia, que vai muito além de uma simples crítica, mas uma imagem-objetivo, de um sistema de saúde com suas instituições e suas práticas inseridas dentro de um conjunto de valores e idéias de uma sociedade mais justa e solidária⁽⁶⁶⁾.

A noção de ‘imagem-objetivo’ vem do planejamento e aqui é representada pelo SUS idealizado pelo Movimento Sanitário, onde esse pressuposto nasce “preche de sentidos”, segundo Mattos (pág. 42⁽⁶⁶⁾). Podemos entender a imagem objetivo como uma situação futura ideal, onde desejamos chegar. A capacidade humana de visualizar o futuro por meio da sua conduta criativa, trabalha com múltiplas possibilidades como num jogo e cria estratégias para alcançar seus objetivos superando contradições e conflitos. A meta final é alcançada pela confrontação dela com a situação inicial e as intermediárias, onde são levantadas estratégias para nos aproximarmos cada vez mais do objetivo e assim sucessivamente confrontando as situações intermediárias e o que se almeja alcançar^(66, 67).

A integralidade está na contramão da sociedade em que vivemos hoje, onde o capitalismo incentiva a competição, individualismo, consumismo sucesso pessoal, lucro, etc., onde os valores sociais milenares foram desconsiderados. Isso é resultado de três décadas, que trouxeram mudanças nos modos de produção, fruto do desenvolvimento tecnológico e da informação que resultam no crescimento da economia, onde o aumento de produtividade e a diminuição do emprego de mão de obra são conseqüências óbvias. As relações de trabalho ficam deterioradas pelo individualismo, produtividade, competitividade que geram nos trabalhadores medo e estresse constantes⁽⁶³⁾.

A saúde é o espaço onde a sociedade por meio das suas práticas busca a solidariedade e resignificar a vida, atribuindo novos sentidos, o fôlego para a restauração do tecido social dilacerado pela hegemonia capitalista e neoliberal⁽⁶³⁾.

A conquista da saúde como direito é uma vitória da sociedade, reconhecida internacionalmente como direito fundamental para o exercício de outros direitos. A prática da integralidade, também enquanto direito constitucional, consiste numa escuta positiva das demandas, e percebe a urgência de criar espaços públicos para aprender e/ou reconquistar o exercício da democracia. Busca abrir brechas na estrutura social hegemônica atual para ampliar espaços de atuação dos movimentos sociais. A inclusão social é o que dá vida à democracia, traz novos atores na luta desse direito universal⁽⁶⁸⁾.

Para discutir saúde hoje, um bom caminho é conhecer o cotidiano das ações de saúde dentro das instituições, pois permite conhecer e compreender as dimensões objetivas e subjetivas, onde se constroem as percepções dos atores sociais. As instituições de saúde trazem na sua prática social um exercício de poder e espaço de lutas onde a prática social encontra-se com práticas políticas e sanitárias. As concepções de saúde, doença e cura desses atores envolvidos nos serviços de saúde, relação trabalhador-usuário, mudanças curriculares, participação no conselho são janelas que permitem vislumbrar os limites e as potencialidades da atenção integral, para alcançar integralidade como um eixo condutor dessas práticas⁽⁶⁹⁾.

A integralidade renova o convite aos atores envolvidos na luta pela saúde, onde as instituições são as potências desse pressuposto, pois é no plano das práticas que se dá a construção de novas ações, soluções para as complicações cotidianas, é aqui a que as políticas ganham a sua materialidade. Coloca os sujeitos

dessas práticas como atores ativos da realização, seja do seu trabalho, do seu atendimento, ou da gestão do serviço. Um novo convite para fortalecer o SUS e resgatar a sua proposta democrática e participativa^(70, 71).

A construção da integralidade acontece no enfrentamento cotidiano dos problemas, muitas vezes específicos, onde velhas soluções já desgastadas necessitam de novas estratégias com as ferramentas disponíveis naquele espaço e não de propostas vindas de lugares distantes, que lidam com outras realidades e com diferentes recursos.

A gestão em saúde tem um papel fundamental em todo esse processo, pois é com base na implicação e compreensão dos gestores de saúde que as mediações entre os atores, a escuta das demandas e necessidades serão negociadas e atendidas de forma mais ou menos coerente com a proposta de saúde coletiva defendida pelo SUS⁽⁶⁸⁾.

A integralidade e as outras diretrizes do SUS nascem de um lugar de oposição e crítica às instituições e práticas que compõem esse sistema. Inicialmente, segundo Mattos⁽⁶⁶⁾ o debate pautou-se em três sentidos: a crítica ao reducionismo dos pacientes em fragmentos (medicina integral); a cisão entre práticas de saúde pública de práticas assistenciais e críticas aos serviços de saúde organizados para responder exclusivamente às doenças de uma população, que leva à fragmentação das atividades no interior das unidades (programas verticais); e crítica ao reducionismo dos sujeitos a objetos descontextualizados sobre as quais as políticas incidem (políticas especiais). Claro que não se pretende reduzir a reflexão nesses três temas, pois isso retiraria a potência dos possíveis sentidos desse tema.

A integralidade hoje abre a possibilidade de olhar para os serviços de saúde, pacientes e profissionais da saúde partindo do debate dos sentidos / significados do tema. A categoria “integralidade” tem uma flexibilidade que idealmente permitiria que a reflexão acontecesse partindo da realidade na qual se está inserida. Ao se questionar o que pode significar “integralidade”, somos remetidos a um contexto amplo de significados. Nesse espaço pode ocorrer um encontro entre o profissional da saúde e usuário, um modo de organizar o processo de trabalho que pretende otimizar as intervenções e práticas, unindo a um só tempo práticas de saúde pública e assistenciais, com o objetivo de realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem⁽⁶⁶⁾.

Aqui temos uma das dificuldades do tema, pois a integralidade vai muito além de uma justaposição das ações de cunho coletivo com as de cunho individual curativo. Trata-se, também, de um dispositivo político que habilita os sujeitos nos espaços públicos a encontrarem novos arranjos sociais e institucionais nas práticas de saúde. Esse dispositivo pode tornar-se uma estratégia pedagógica ao mesmo tempo em que promotora e recuperadora da saúde, bem como preventiva de doenças e agravos. A atividade da saúde tem um caráter pedagógico, onde profissionais e usuários podem se potencializar em saúde, cidadania, autonomia através do assumir coletivo (profissional, institucional e cultural) do desafio da integralidade⁽⁶⁴⁾.

Silva Junior⁽⁷²⁾ propõe que a reflexão da integralidade depende da compreensão que temos do conceito de saúde. A partir daí, propõe-se ações que possam atender desde a promoção à recuperação da saúde, permitindo assim, as articulações dos modelos tecno-assistenciais propostos para dar conta das reais necessidades da população.

Para conhecer esse universo complexo da saúde coletiva, é importante que conheçamos não apenas a realidade e experiências dos profissionais de saúde, mas também que nos familiarizemos com as vivências e conhecimentos da população, numa via de mão dupla, buscando o encontro e a abertura para o diálogo. O *ethos* humano configura-se na dualidade inseparável da vida público-coletiva da vida privada e é por meio desta conexão que se constroem e criam condutas^(66, 73, 74).

Os usuários que buscam os serviços, em geral, sentem o pouco interesse e responsabilização destes, não é presença ou ausência da tecnologia, mas principalmente a falta de escuta. A relação profissional e usuário é importante para o processo terapêutico. A tecnologia organiza a relação desses atores, a tal ponto que muitas vezes o cidadão torna-se um estorvo durante a intervenção e um escudo protetor das subjetividades que envolvem o atendimento. E a demanda do usuário também está associada aos procedimentos, onde centra sua expectativa de cuidado, muito mais do que na conversa com o profissional⁽⁷⁵⁻⁷⁷⁾.

Para a existência da comunicação real e efetiva devemos desenvolver a capacidade da escuta e não só a da fala, aprender a negociar, a se envolver permitindo que espaços de diálogo e troca construam a polissemia e a polifonia⁽⁷⁸⁾.

Para o diálogo é necessário que todos os envolvidos aceitem participar, para a verdadeira construção do cuidado. Isso implica em assumir responsabilidades

frente ao outro, furta do trabalhador a comodidade técnica do trabalho e caminha para o encontro com o outro. Ele se constrói na dialética da pergunta e da resposta, onde a pergunta nasce de uma necessidade da prática e que nunca teremos a última reposta⁽⁷⁹⁾.

Outra importante discussão disparada pela integralidade é a formação dos trabalhadores de saúde, a reformulação da educação dos profissionais que case com as propostas do SUS. Ou seja, capaz de transformar o objeto 'recursos humanos' em 'coletivos organizados de produção da saúde' como propõe Ceccim⁽⁸⁰⁾. Pensar em coletivos organizados inspira atores políticos ativos capazes de desenvolverem ações individuais, coletivas, institucionais, onde a produção de seu trabalho seja um ato vivo e não burocrático e/ou tecnológico.

A integralidade, portanto, faz referência ao cuidado, ampliando a atenção à saúde para além de técnicas e procedimentos, mas busca a aceitação do outro, do encontro entre sujeitos, na manutenção da relação social e no compromisso que a institui, driblando a mercantilização e objetivação da vida⁽⁸¹⁾.

No cotidiano das práticas de saúde a integralidade pode assumir diversos sentidos, entre outros tantos que aqui não serão citados e que poderão emergir da investigação proposta por este trabalho, segundo Da Ros⁽⁸²⁾, entre eles temos: interdisciplinaridade; indissociabilidade bio-psico-social; o corpo como um todo e não um somatório de fragmentos; intersetorialidade; incorporação da morte como parte da vida; prevenção/ promoção de saúde; aceitação da diferença entre necessidades epidemiológicas e de saúde; e a compreensão de que é um processo contínuo e permanente.

Esta multiplicidade de sentidos requer um aprofundamento a respeito do que cada um deles pode significar. A proposta "a priori" é de clarear brevemente quais são estes entendimentos.

Os profissionais de saúde ganham destaque na busca da integralidade, pois além de situações isoladas é na construção ou redefinição da equipe de saúde e dos seus processos de trabalho, o caminho para a concretização pressuposto, levando a interdisciplinaridade. As práticas de saúde mesmo quando necessitam do saber biomédico não se refere apenas à medicina, mas a todos os profissionais de saúde, no encontro entre este e o usuário a concretização da integralidade, em geral cabe a ele⁽⁶⁶⁾.

A interdisciplinaridade também pode ser entendida como um elemento que impulsiona a integralidade, um caminho para alcançá-la. Esta diz respeito à relação entre as diferentes categorias profissionais, no encontro que acontece nas equipes de saúde, onde estas diferentes disciplinas trabalham num mesmo espaço e com objetivos comuns, ou seja, ações interativas com objetivos compartilhados. Isso transforma esse conjunto de disciplinas que incorporam as diferentes profissões em grupo/ equipe⁽⁸³⁾. É importante refletir sobre esses “objetivos comuns”, pois eles devem realmente acontecer dentro das equipes de saúde, onde médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, psicólogos, odontólogos, etc, se encontram. Não existem receitas prontas, é no dia-a-dia das práticas que se faz a interdisciplinaridade, onde acontecem as dificuldades e busca de soluções. E é justamente essa descoberta dos problemas e a busca de soluções em conjunto que são um dos maiores desafios da interdisciplinaridade, pois temos uma educação disciplinar que nos formata apenas a olhar para um lado e não como compartilhar esse olhar com outras categorias. O respeito, a comunicação, a isenção de hierarquia têm de ser alcançados para iniciarmos uma relação de iguais, onde a interdisciplinaridade seja possível⁽⁸⁴⁾.

A indissociabilidade bio-psico-social traz a reflexão de que o sujeito não é separado do mundo em que circula, ou seja, está inserido numa sociedade onde interage influenciando e sendo influenciado por esse contexto. A fragmentação do sujeito é uma herança das especialidades, onde as partes do corpo são repartidas por estas áreas, sendo que cada uma domina a porção que lhe cabe, a integralidade é uma recusa a esse reducionismo. A tecnologia altamente desenvolvida reforça essa percepção, mas o sujeito é também um corpo e não um quebra cabeça, ou seja, um corpo como um todo e não um somatório de fragmentos. A busca dos serviços de saúde acontece devido a algum tipo de sofrimento, em geral consequência da fragilidade social, sendo vivenciado pelas pessoas de forma integral^(64, 66, 73).

Silva Junior⁽⁷²⁾ afirma que a complexidade da saúde exige estratégias que vão muito além da própria saúde, intervenções interdisciplinares e ações de outras áreas, remete a políticas governamentais que tratem do planejamento urbano, da qualidade de vida na sociedade. Retoma o conceito de saúde da 8ª CNS^(4, 85) e sua etiologia multifatorial. A intersetorialidade nos aponta para a ampliação do olhar da saúde para além dela mesma, ou seja, que para ser alcançada temos de ter

moradia, trabalho, lazer, e isso não faz parte apenas do setor saúde, mas do trabalho, segurança, etc⁽⁷²⁾.

Deve ser incluída aqui a aceitação da presença da doença e da morte como parte do processo vital. Kovács⁽⁸⁶⁾ aponta que os profissionais da saúde convivem com a morte em seu cotidiano, a doença quebra a onipotência dos homens, pois explicita a nossas fraquezas e mortalidade. Essa impotência surge no profissional de saúde e nos sujeitos que procuram tratamento. A morte pode ser representada pela morte em si, mas também por perdas, separações, processo de luto. A nossa sociedade capitalista, centrada na produção, não autoriza os homens a expressar seu sofrimento diante da morte, obrigando a lidar com ela como se ela não existisse. As conseqüências disso são a separação do homem da sua humanidade, gerando conflitos emocionais.

A prevenção/ promoção de saúde tem uma trajetória independente da integralidade, mas ainda assim é tida como um dos seus possíveis significados. Czeresnia⁽⁸⁷⁾ aponta que as bases conceituais e políticas da promoção de saúde estão relacionadas com a conferência de Otawa em 1986 e as subseqüentes, que colocam a saúde como qualidade de vida resultante do complexo processo que inclui, entre outros, alimentação, justiça social, educação, renda, ecossistema, etc. A proposta é de refletir sobre as diferenças entre prevenção e promoção de saúde, no sentido de colaborar com um modelo de formação dos profissionais de saúde pautada na compreensão ampla dos processos de saúde-doença e envelhecimento bem-sucedido, buscando desenvolver no indivíduo a autonomia, sem significar ausência de doença.

A promoção de saúde vai além do conceito de prevenção, enquanto a prevenção se preocupa com a doença e visa uma intervenção com o objetivo de prevenir/ eliminar a doença, partindo da realidade da patologia e não do contexto em que esta surge. A promoção vem trabalhar para a saúde, ou seja, busca o espaço social como um aliado, possibilita o pensar da saúde-doença partindo da reflexão problematizadora do cotidiano onde possa encontrar possíveis soluções, respeitando as reais possibilidades dos sujeitos e comunidades, através da troca e construção de uma saúde que parte da realidade desse contexto e não de outro⁽⁸⁷⁾.

Enquanto a prevenção vem de uma tradição mais biomédica, que se julga detentora do saber, dando regras, que devem ser seguidas, com os profissionais afirmando uma certeza, de que se não forem, certamente contrairemos doenças.

Elas se vinculam comumente a uma proposta de educação em saúde que aterroriza e culpabiliza o sujeito. Tornando-o único responsável pelo seu adoecimento: se têm todas as informações necessárias para evitar a doença e não o faz, ele é o culpado. A promoção por sua vez propõe que as soluções sejam construídas em conjunto. Isso significa respeitar as limitações dos sujeitos, buscando compreender a realidade e junto avaliar as condições e ferramentas que a comunidade tem para combater e buscar formas alternativas para a solução dos problemas, quando necessário. Não que para isso se ignore o saber da prevenção, mas devemos tomar cuidado para não recairmos numa postura autoritária como aconteceu na prevenção⁽⁸²⁾.

A compreensão da diferença entre necessidades epidemiológicas e de saúde procura estimular a reflexão de que as causas de morbi-mortalidade (que são necessidades epidemiológicas, constatadas pelos serviços de saúde) de uma comunidade podem, e em geral são, diferentes das necessidades da população, não menos importantes que aquelas, apenas trazem outro entendimento do significado da saúde. Essas necessidades da população se obtêm através da escuta das pessoas que são atendidas. Ou seja, os formuladores de políticas de saúde não podem basear as necessidades da população só por meio dos indicadores epidemiológicos, mas compreender que não se pode reduzir as políticas ao objetivo de redução de algumas doenças sem olhar a realidade além dos indicadores^(82, 88).

O tema da integralidade também inclui os diferentes níveis de atenção à saúde – atenção básica, nível secundário e terciário – que são complementares entre si, respeitando a necessidade de atendimento dos usuários. Aqui podemos fazer uma ligação com a promoção da saúde, lembrando a necessidade de se pensar sobre as outras racionalidades terapêuticas, para além da alopática.

A diversidade desses sentidos explicitados acima não diz o que é a integralidade, mas facilitam o seu entendimento. A adoção de um ou de um conjunto desses entendimentos podem demonstrar o ponto de vista dos diferentes atores envolvidos nas práticas de saúde, com suas potencialidades e dificuldades da sua realidade.

A compreensão de que o processo é contínuo-permanente e de luta constante, onde a dialética social está em movimento constante. Não se trata, de entender a integralidade apenas como uma imagem objetivo/ ponto de chegada, e sim como processo que em todos os obstáculos superados, surgem novos

questionamentos, dificuldades e a criação de novas estratégias, e na busca de novos sentidos. Ou seja, a integralidade é uma construção coletiva que nasce do encontro entre diversos atores e instituições implicados na saúde⁽⁸¹⁾.

4.2.4 Integralidade: dando a voz aos atores e pensadores da saúde

O título já adianta o que será apresentado a seguir, sendo esse pressuposto polissêmico e polifônico^(64, 66) nada mais coerente do que permitir a escuta das vozes desses atores entrevistados.

“... hoje existem tantos sentidos que a própria integralidade é extremamente polissêmica (...) a resignificação do conceito de integralidade tende a ampliar cada vez mais...” (Jairnilson Silva Paim)

“... A integralidade, o termo é vantajoso por que une idéias e faz com que alguns consensos se estabeleçam, mas tem o risco também de criar um pequeno fetiche lingüístico, um fetiche temático...” (Naomar de Almeida Filho)

“... a integralidade é uma palavra estratégia-poça, movimentadora, ela nos movimenta a buscar, seja na perspectiva do conceito de saúde como qualidade de vida, seja no conceito de saúde na perspectiva da ausência de doença...” (Rei de Copas)

“... a integralidade vista atualmente têm várias esferas de complexidade...” (Valete de Copas)

No grupo de falas apresentados acima é possível perceber a potência que a integralidade traz. Estimula o debate do conceito de saúde, da interdisciplinaridade, entre outros temas, na busca de consensos e negociações baseados na situação que está sendo explorada e não fora dela. E isso torna todo esse processo vivo, onde as construções e reflexões são dialéticas desses encontros, que então em constante ampliação e movimento^(66, 72). Essa extensão fica clara na fala a seguir:

“... A polissemia dada hoje é pra dizer que a integralidade ela não é só no campo da atenção, ela é na atenção, na gestão, na formação, na política, para poder dar conta de olhar pra múltiplos lugares, para as coisas que se pode chamar de integralidade. Que vai desde pensar uma rede em linha do cuidado, até pensar uma gestão orientada pelos modos de viver na sociedade, ou ainda pensar na formação que respeita os padrões de aprendizagem diversos dos alunos, e quer construir com os alunos uma visão de cuidado de saúde, que respeite história de vida, que respeite

singularidades. (...) Na minha concepção polissemia não abre mão da política...” (Chapeleiro)

Uma ampliação que passa pelo plano coletivo e individual, onde os atores do SUS são impulsionados a sair da centralidade médica das ações, com base numa compreensão de saúde, para além da biomedicina e propõe as práticas centradas em equipes multiprofissionais de saúde^(66, 84).

“... integralidade não está centrada só em fornecer um máximo de atenção ao todo do paciente, mas uma equipe diferenciada é voltada pro todo daquela vida, (...) estou querendo dizer que a coisa evoluiu num sentido de uma coisa mais médica para uma coisa um pouco mais ampla (...) que integra várias práticas, que procura ter uma visão um pouco mais ampla...” (Madel Therezinha Luz)

Não podemos esquecer da capacidade pedagógica e potência de mudança produzida durante as ações em saúde, onde acontece o encontro de sujeitos por razões diversas implicados na saúde⁽⁸¹⁾. Clair Castilho Coelho expressa bem isso no enunciado a seguir:

“... os avanços possíveis acontecem nas brechas que existem e para cada vez aumentá-las e ampliar o espaço de consciência, de compromisso político, de conhecimento da população sobre essas coisas. E no sentido contido no trabalho dos profissionais de saúde, que é extremamente rico e importante, pois ninguém pode negar o momento pedagógico e político que pode se transformar uma ação de saúde...” (Clair Castilhos Coelho)

Essa capacidade pedagógica pode ser explorada em dois sentidos: por que a educação formal é baseada na especificidade das disciplinas e na tecnologia, e de como a integralidade é chamada para dar conta de complexidades do sistema.

“...os profissionais continuam sendo formados pela Academia pra esse modelo mais especializado, que fragmenta o cuidado, ou seja, o modelo curativo, biologicista, quando o aluno cai na prática do serviço, por sua vez, o serviço também está organizado pra dar conta dessa produtividade, e aí o sujeito que vai buscar um atendimento, sua necessidade de saúde, ele é tratado mais como uma coisa...” (Regina Gil)

O ensino parece sofrer pressões semelhantes ao do SUS, pois continua a sua formação de acordo com as práticas hegemônicas da biomedicina, a manutenção das relações de poder, e representa um forte obstáculo às proposições do nosso sistema^(75, 80).

“... entender que se não se mexer na formação dos trabalhadores de saúde, e não é dos médicos, odontólogos, e enfermeiro: é de todos!” (Maria Luiza Jaeger)

“... mas se nós não mudarmos as nossas práticas, pra que o outro aprenda, é impossível! Como é que você vai convencer um aluno que o que você está dizendo para ele é integralidade, enquanto nossas ações nos contradizem...” (Rainha de Copas)

“... a prática da integralidade passa necessariamente pela conscientização das pessoas...” (Coelho Branco)

As citações acima demonstram essas questões claramente. A formação e o exercício profissional parecem descolados, como se não houvesse qualquer relação um com o outro, acabamos por assumir esse papel de ‘recurso humano’, que parece nos isentar de qualquer responsabilidade. Essas questões e responsabilidade não recaem apenas sobre o profissional de saúde, mas sobre acadêmicos e até mesmo sobre a sociedade, que também se mostra acomodada na lógica capitalista que incentiva outros valores. O convite da integralidade é para todos os atores envolvidos na saúde, ou seja, para toda a sociedade^(63, 70, 71, 80).

A complexidade da saúde coletiva carece de sujeitos ativos, pois o conceito ampliado de saúde nos abre para questões do viver humano e nas suas relações público-privada indissociáveis na saúde ou na doença^(73, 74).

“...a noção de integralidade parte de um conjunto de outras práticas (...) que as maneiras convencionais de trabalhar em saúde efetivamente não dão conta...” (Jairnilson Silva Paim)

Se pensarmos na imagem-objeto, neste momento percebemos que várias estratégias foram lançadas, produzindo mudanças que levam um passo adiante, em diversas situações intermediárias até alcançarmos nosso objetivo. Este busca por meio da saúde uma sociedade mais solidária e conseqüentemente o aperfeiçoamento do SUS, passa a ser entendido como direito de fato, esse debate é de fundamental importância para essas conquistas^(63, 66, 67). As falas a seguir demonstram isso claramente:

“... a integralidade parece que está se tornando um motor que impulsiona o aperfeiçoamento do SUS (...) as ações de integralidade que estão circulando está trazendo a consciência das pessoas, de como é importante ter um sistema único público de saúde. Mesmo que muito devagarzinho, e com toda a polissemia e com todas as dificuldades, ela tem sido um fator de fortalecimento do SUS e tem

conseguido produzir debates na saúde coletiva bastantes interessante...” (José Ricardo Ayres)

“... direito individual, direito coletivo, são aspectos importantíssimos do debate da integralidade, hoje é um dos temas extremamente importante pra qualificação do SUS nesse momento...” (Jorge Solla)

A realidade Constitucional do SUS e seus pressupostos geraram ao longo da sua existência e criaram bases por meio de experiências nos mais variados âmbitos, onde a integralidade faz importantes contribuições. Experimentos na gestão, prestação de serviços, trabalho na saúde, financiamento, participação social que visam superar o predomínio do modelo flexneriano^(49, 61, 62). As falas a seguir trazem interpretações diferentes sobre esse pressuposto:

“... a integralidade é um conceito criado pro sistema (...) o arsenal que a tem que ter o sistema, o paiol de onde vamos tirar os recursos para ter uma oferta o máximo integral possível (...) a integralidade é um conceito absoluto, ela igual totalidade não existe, é inatingível, e não é necessária em cada caso, seja coletiva ou individual...” (Gastão Wagner de Sousa Campos)

“...vejo integralidade como um conjunto de expressões que se fizeram necessárias para expressar algo que estava antes impronunciável e esse algo num primeiro momento dizia de indignações, e de que as pessoas foram na verdade forjando essa expressão como um modo de dizer como se sentiam (...) nesse sentido a integralidade é uma noção construída socialmente...” (Ruben Araujo de Mattos)

A primeira fala da integralidade como um paiol, onde podemos buscar os recursos para alcançar da melhor maneira o integral, enquanto a segunda fala apresenta outra interpretação, que com a mudança do contexto, e as novas opções dadas por essas diferentes experiências abriram-se espaços de escuta para vozes antes sufocadas.

Dois olhares diferenciados que demonstram que o debate da integralidade está longe de se encerrar. Mas podemos perceber que existem tensões, preocupações e desafios a serem enfrentados e discutidos sobre o tema da integralidade. E esse debate não é descolado da reforma da saúde, mas sim consequência desta onde o SUS ganha, pois se qualifica e se fortalece como já explicitados por José Ricardo Ayres e Jorge Solla em suas falas citadas.

4.2.5 Reflexões dos atores: as tensões e os desafios da Integralidade

Na trajetória desses caminhos percorridos para a construção deste trabalho, apareceram importantes reflexões, preocupações, tensões e críticas dos atores entrevistados sobre o tema da integralidade. Nesta parte do trabalho serão apresentadas essas questões.

“...é um abuso atual (...) que queira substituir o conceito de totalidade marxista que explicava tudo pelo de integralidade (...) tenho muitas restrições a esse uso abusivo que tem se feito agora (...) se você fizer um atendimento integral em cada pessoa que você atender, em cada comunidade, você vai medicalizar, vai intervir além do necessário (...) o atendimento não tem que ser integral, tem que ser necessário (...) o arsenal que a tem que ter o sistema, o paiol que nós vamos tirar os recursos...” (Gastão Wagner de Sousa Campos)

Camargo Junior⁽¹⁹⁾ também se refere a essa noção de ‘totalidade’ que traz implicações perigosas, chegando inclusive a se questionar se é desejável dar conta de todas as necessidades humanas. Os resultados disso poderiam ser indesejáveis, onde o excesso de cuidados e atenção limitaria a liberdade e autonomia dos sujeitos. É importante compreendermos a integralidade como um dever, um objetivo a ser perseguido, e é no cotidiano que ela se constrói sem receitas prontas, mas com as ferramentas disponíveis naquele espaço.

A posição do Gastão Campos expressa de forma radical uma preocupação trazida por outros atores:

“... a integralidade se tornou mais complexa, mais rica, mais plural, tem o lado negativo disso que é a polissemia muito grande, que às vezes você não sabe do que você está falando, a fala de integralidade...” (José Ricardo Ayres)

“...o tema do fetiche da integralidade, dá a idéia de que o pensamento que abarca a totalidade e reflete uma realidade que é total, não somente a fetichização mas a reificação do conceito de integralidade...” (Naomar de Almeida Filho)

A resposta de alguns atores a essa preocupação é proposição de regular a integralidade, limitá-la. Pois existem de fato banalizações e abusos que acontecem em nome da integralidade. A judicialização da saúde é um exemplo disso, que é o uso do Ministério Público para afirmar, expandir os direitos ou impedir alterações ou inovações em curso⁽⁸⁹⁾. Em se tratando da integralidade temos dois lados,

apontados por Carvalho⁽⁹⁰⁾, entendendo esse pressuposto como o ‘tudo’: primeiro para turbiná-lo, a ponto de torná-lo impraticável e segundo para truncá-lo ou trincá-lo onde os governos usam como justificativa para usar o financiamento da saúde para outros fins, com base nos determinantes da saúde, por exemplo. Nas palavras do próprio Gilson Carvalho:

“... eu posso sonhar com integralidade regulada (...) regular a integralidade não é limitá-la (...). Regular é dizer que eu não vou fazer tudo pra todos sem nenhum critério, não tem a intenção de limitar direitos, mas eu não vou fazer o tudo sem necessidade...”
(Gilson Carvalho)

Ruben Araujo de Mattos debate a proposição acima, quando coloca:

“...Frente a isso, eu tendo a ler que o ajuste necessário não é o ajuste da delimitação da integralidade, há ajustes necessários, e eles estão em outros lugares (...) a integralidade fica como principio de direito que vai aberto movimentando o conjunto de experiência sociais, e é nesse sentido que delimitá-lo é matá-lo. Por que se tu delimita eu tiro a fertilidade, ao passo que se eu deixo como permito que essas coisas, que esse visível se torne mais visível, o sonho, na verdade a inspiração” (Ruben Araujo de Mattos)

Ambos os atores refletem e trazem a reflexão da integralidade relacionada à necessidade, ou seja, o que o outro precisa, e não disponibilizar tudo. A interpretação da integralidade como totalidade desloca o debate real e necessário a ser feito. Gilson Carvalho aponta essa mudança do foco do debate na fala a seguir:

“A judicialização é todo mundo brigando por que os juizes estão dando, vão dar remédio pra fulano etc. (...) a discussão está fora de foco! Por que fora de foco? Por que nos estamos fugindo da discussão maior, pois toda prescrição judicial, ou do ministério publico, nasce de onde? De uma prescrição médica, ou dos profissionais da saúde (...) O prescritor tem em cima dele todo complexo industrial, comercial, e de mídia, que influencia ele, os formadores (formais e informais), influencia o cidadão, usuários...”
(Gilson Carvalho)

A direcionalidade do debate atende a diversos interesses, no caso explicitado acima por Gilson Carvalho, favorece o CMI que usa o principio a seu favor. A conquista dos princípios na constituição é de todos, da hegemonia e contra-hegemonia, e cada parte se utiliza e interpreta em seu favor. O cuidado aqui é não cairmos nas armadilhas e deslocar o debate para discussões que apenas favoreça o capitalismo. Um foco, por exemplo, aqui poderia ser a necessidade de pensarmos

na formação dos profissionais de saúde, que são os prescritores e constantemente seduzidos pelo CMI. Naomar de Almeida Filho na fala a seguir aponta outra questão importante também:

“... um problema que supera no debate teórica e na aplicação os avanços são mínimos, até por que pouco se atua até na reconstituição do imaginário social, popular sobre o sistema da saúde. É como se a vanguarda sanitária buscasse um modelo adaptado, complexo de atenção integral e a população não compreende e não demanda por isso, e continua valorizando o formato de representação do corpo e da saúde da doença e do cuidado dos profissionais com algum aporte crítico entendem que não é mais justo mais adequado e o mais defensável, então isso cria uma contradição ...” (Naomar de Almeida Filho)

Silva Junior, Mehry e Carvalho⁽⁷⁶⁾ trazem essa discussão na organização do SUS como um desafio de construir um modelo tecno assistencial que atendesse as necessidades da população. Mas entendem esse espaço de encontro entre profissional e cidadão rico para explorar essas tensões e criar novas estratégias de ações e de pensar saúde, onde as partes envolvidas tornem-se atores ativos dessa mudança proposta pelo SUS. Ou nas palavras de Rainha de Copas: *“... a discussão das praticas eficazes de integralidade, desnuda, deslinda vozes que foram silenciadas.”*

Um ponto que pode ser um obstáculo à criação desses canais de comunicação entre os atores envolvidos, tanto na prática quanto na academia é apresentado por Regina Gil:

“... como trabalho muito com pessoal da unidade quando eles começam a se apropriar de um determinado discurso, de uma determinada prática, por que a academia é rica em fazer isso, então a gente vai mudando, vai criando e quem está na ponta fazendo não tem o mesmo tempo para se atualizar (...) então quando ele começa a consolidar uma prática, ou dominar um conceito, já existem outros substituindo, ai ele nem bem deu conta daquele, nem viu resultado desta ação e o discurso já vem e muda para outro...” (Regina Gil)

As preocupações e tensões apresentadas por meio dos relatos citados acima não são grandes novidades, elas já são velhas conhecidas dos atores que vivem e convivem com o setor saúde. O que eles demonstram é que a integralidade acaba por se tornar um estopim desses debates, pois ele nos coloca frente a frente com as

questões, com os nós que existem nesse processo de luta da continuidade do SUS. Para encerrar essa parte apresento a fala de Rainha de Copas:

“...acho que hoje o sistema único de saúde, a política de saúde do estado brasileiro é irreversível, agora temos de pensar criticamente nisso, como acadêmicos responsáveis que somos, sem necessariamente ficar ocupado preocupado com autoria disso e daquilo...” (Rainha de Copas)

4.2.6 Diferentes situações, diferentes perspectivas, diferentes olhares: situações problema

Para encerrar este capítulo serão apresentadas a seguir quatro situações problemas que os atores construíram no final das suas entrevistas. As duas primeiras apresentam situações de dê-integralidade e as duas últimas de integralidade. Essa apresentação não tem a intenção de esgotar o debate destas, mas fazer rápidas considerações vinculadas ao tema da integralidade. Creio que o Ruben Araujo de Mattos expressa melhor o nosso objetivo:

“... uma das formas mais eficazes da gente trabalhar, pensar e convidar os outros a pensarem sobre a questão da integralidade, não é definindo, mas é exatamente apresentando situações problemas...” (Ruben Araujo de Mattos)

E o objetivo do convite aos entrevistados a elaborarem uma situação problema tem a intenção de podermos observar qual a perspectiva, qual olhar os atores dessa pesquisa percebem a integralidade, seja por meio de ações de saúde, gestão e planejamento, atenção a saúde, cuidado, níveis de complexidade, ou ainda a combinação de um ou mais desses citados, quem sabe até um não pensado⁽⁷⁰⁾.

A primeira situação problema a ser apresentada é elaborada por Jorge Solla:

“Uma questão da assistência específica geral, um debate muito interessante de 2006/2007. Os avanços da discussão hoje têm uma política de prevenção renal, que entre outras características é muito pautada pela idéia da integralidade. Mas que a sua operacionalização ainda está muito longe.

Hoje está escrito na política que o SUS tem na atenção a insuficiência renal, acho que ela conseguiu trazer pra política muito fortemente a integralidade, fizemos um programa forte de integralidade. Uma pena que ela não conseguiu ainda ser operacionalizada para dar conta desses desafios.

Por que qual é o ponto de partida? Para você ter uma idéia, mais de 2/3 dos municípios brasileiros que prestam serviços de diálise aos pacientes pelo SUS, eles não fazem consulta de rotina da saúde deles. Nada! Zero!

Se você for lá à base de dados dataSUS e fizer esse estudo você vai poder confirma isso, mais de 2/3 dos municípios que tem assistência de hemodiálise, ao doente por insuficiência renal. Porém o doente que ainda não tem insuficiência renal, mas tem uma doença renal ele não tem acesso à consulta do nefrologista. Estamos falando de um sistema de saúde onde aumentou 97% o tratamento a terapia renal substitutiva feita pelo SUS, digamos assim, quase a totalidade da assistência ao doente.

A insuficiência renal no Brasil é bancada pelo sistema público, com raríssimas exceções, de alguns poucos pacientes que tem a sua assistência paga por saúde suplementar. Pela característica da assistência de longo prazo e alto custo, alguns poucos serviços privados asseguram isso.

Bom ai você tem um grande conjunto de pacientes que ele entra na doença renal, ele pode vir a ser insuficiente, mas o SUS não garante assistência precoce e de baixo custo, e associado a isso o paciente vai agravar a doença renal, vai entrar em insuficiência. Ai tem outro dado interessante, mais ou menos 1/3 dos pacientes que fazem diálise pelo SUS tem menos de 30 anos de idade, mais da metade são diagnosticados em serviços de emergência.

Ai você vai perguntar: onde está a raiz disso? Falta de regulação do sistema! Por que o nefrologista existe, ele está lá fazendo assistência ao paciente, mas o paciente, o usuário do sistema que precisa só vai ter acesso a ele quando os dois rins pararem de funcionar. Enquanto ele tiver fora do quadro de insuficiência ele não vai ter acesso a ele.

Aqui aparece o discurso, a desculpa, que é a consulta que paga pouco. Mas é um sistema, não é por que um procedimento tem prejuízo, digamos assim, da comparação entre o preço de tabela e o custo e o outro tem lucro, que eu vou fazer o que dá lucro.

Então por isso a doença renal tem cobertura muito ampla e se definir em parâmetros territoriais, base populacional, se incorporou a idéia de que a gente só vinha trabalhando inicialmente com a atenção básica, da chamada alta complexidade, e sobre essa idéia que os serviços ele tem que garantir aos usuários a consulta, os exames de laboratórios, os procedimentos, diagnósticos necessários, o suporte de apoio as intercorrências e os procedimentos de terapia renal como um passo de uma linha de cuidado e quem tem que preparar esses pacientes pra transplante.

Então você tem que ir da consulta pra fazer diagnóstico precoce até o transplante e imunossuppressores e assistência após transplante, e essa linha de cuidado ela tem de ser traduzida numa política e ela tem de ser traduzida na configuração da rede.

Eu acho que esse é um dos grandes desafios hoje, se você abordar a integralidade do ponto de vista do acesso do paciente em níveis diferentes de atenção em função do problema que ele apresenta, eu acho que esse exemplo é interessante.”(Jorge Solla)

A situação apresentada acima traz problemas graves na relação entre as diferentes densidades tecnológicas do nosso sistema. Além de demonstrar a forte influência do capitalismo quando fala da necessidade dos procedimentos terem de ser lucrativos, e da alta tecnologia envolvida na hemodiálise e transplante de rins. A qualidade de vida do portador da doença não é considerada, nem e as conseqüências de ter a sua vida depender de uma máquina. E se falarmos da lógica do lucro, muito mais lucrativo para o SUS custear a atenção precoce do que a manutenção do paciente transplantado, que o sistema paga!

A próxima situação problema foi elaborada pela psicóloga Sonia Fleury:

“Eu estou pensando quando fala em integralidade, mas acho que para o paciente tem a idéia do que é recorrente da consulta, da entrada no sistema. Teria que ter uma garantia de alguma maneira, ou seja, o que algumas pessoas têm chamado de demanda escondida, não é a demanda reprimida, é a demanda escondida. Quer dizer, você considera que o cara teve acesso ao sistema na hora que ele tem a consulta, mas da consulta você não consegue encaminhar ele para o especialista ou não consegue que ele tenha acesso ao medicamento que ele deveria. Então isso não é integral nem do ponto de vista curativo, é uma versão parcializada, nesse sentido, não integral, porque o usuário entrou no sistema e ele tem que ter uma resolubilidade, e não tem.

Ele não tem acesso ao que for necessário para a sua atenção e nós não temos nem medidas do que é ou do que não é resolvido. Porque isso não aparece na estatística, desde que o cara entrou, a gente está considerando que ele entrou, e se ele está pendente de encaminhamento que não se resolve, no segundo nível que não consegue, de um medicamento que ele não tem acesso, destruiu com a integralidade da atenção.

Isso não é atenção, está parcializada no sentido mesmo dentro da cura, sem considerar o ciclo todo (que ele já ganha reabilitação), então acho que essa

é a conversa a gente teria de enfrentar para mudar isso. Inclusive medidas disso, quantas pessoas entram e se perdem no sistema, o pessoal que é comum se integraliza, não chegamos a ter periodicidade, nós não temos acesso a essa informação.

A entrada no sistema ela é garantida num certo nível, e ela não tem resolubilidade, porque ela devia ter encadeado para outros níveis, ou consumos ou o quando signifique não fez. Então é a entrada e o acesso nesse todo expandido não garante a resolubilidade.

Curiosamente, pra falar em disciplina, o único indicador que as vezes você tem dessa situação é o serviço social, que acaba sendo onde vai parar essa demanda oculta do sistema, as pessoas vão reclamar que as filas não tão funcionando. Um local onde aparece, um pouco, dessa demanda escondida, dentro do próprio sistema, é a oferta que não chega, fica lá dentro.” (Sonia Fleury)

Será que o SUS virou um devorador de homens? É importante reconhecermos que isolados somos limitados para dar conta das demandas apresentados pelo sujeito que sofre, o trabalho multiprofissional e principalmente interdisciplinar é essencial⁽¹⁹⁾. Mas após esse exemplo citado acima fica a pergunta: que tipo de atenção à saúde onde as pessoas se perdem dentro do sistema?

A outra situação selecionada é elaborada por José Ricardo Ayres que responde com as seguintes palavras ao convite: *“É uma proposição fácil e difícil ao mesmo tempo...”*

“Eu vou falar mais especificamente da experiência que eu tenho muito próxima que é trabalhar com jovens. Os jovens quando acessam o serviço de saúde, em geral eles acessam do modo, num padrão de uso muito atípico. Eles usam pouco o serviço de saúde e quando usam em geral o motivo da procura do serviço são queixas ou motivos que se enquadram pouco nos padrões habituais. São queixas meio difusas, meio vagas que não se articulam muito uma com as outras.

Nesse momento se a gente imaginar já a recepção desse jovem no serviço de saúde, a gente tem que começar pensar em termos de integralidade. Primeiro por que a melhor pode não se dar na unidade de saúde, muitas vezes se o setor saúde consegue se articular bem com a secretaria de educação você pode incluir jovens na rede de atenção à saúde de um modo muito mais

espontâneo, do que esperar que eles procurem a unidade básica de saúde, já começa por aí.

A gente faz trabalhos, por exemplo com escolas, e a gente percebe com o trabalho na escola que a resposta nesse espaço são repostas de saúde, promoção da saúde e ao mesmo tempo aquilo que de fato precisa de assistência. Com um núcleo técnico mais relativo, mesmo assistência médica você consegue levar pra unidade de saúde de um jeito muito mais interessante. O adolescente já chega lá muito mais a vontade naquele espaço sabendo o que vai obter dali respostas de forma diferente.

Bom ao receber o jovem o tipo de saber que a gente vai precisar ter para de fato acolher essa demanda de um modo efetivo e legítimo, não vai poder ser um saber só médico, ou só de enfermagem, ou só de psicologia, mais interessante que você tenha equipes interdisciplinares ou multiprofissionais que discutam estratégias interdisciplinares de olhar para jovem de propor coisas pra eles. De ampliarem espaços, menos convencionais de recepção, estruturas menos convencionais de anamnese.

Isso tudo a gente tem experimentado no centro de saúde escola. Muitas vezes ele vai para ele conseguir a resposta que ele está buscando e você vai precisar, às vezes na própria unidade, criar uma interação de atores atuando junto a ele, por exemplo, médico psicólogo, mas freqüentemente uma atuação intersetorial. Para ter possibilidades de encaminhá-lo pra certas atividades de inclusão social, práticas esportivas, apoio à inserção no mercado de trabalho. Então os trabalhos programados com jovens e adolescentes é o exemplo, característico, por que de fato é um grupo que suscita isso, muito claro essa importância da integralidade.”(José Ricardo Ayres)

A situação apresentada acima demonstra a possibilidade da integralidade, o trabalho com adolescentes e da importância e dificuldade desse trabalho. Pois envolve vulnerabilidades características de uma fase de vida que prepara para a vida adulta e se despede da infância, marcada por um complexo processo de desenvolvimento biopsicossocial, caracterizada por influências socioculturais. A saúde destes jovens se relaciona com a promoção de saúde, exercício da cidadania, educação em saúde e prevenção a agravos.

E a última situação selecionada é relatada por Ruben Araujo de Mattos:

“Essa situação relata a história de um sujeito que vai começar a fazer quimioterapia por uma leucemia. Um senhor de 40 e poucos anos, chega no

centro de quimioterapia, e para a primeira sessão a enfermeira esta conversando com ele, e ele está com muita fome antes de começar a fazer quimioterapia, meio enjoado. E ela começa a perguntar o que ele se alimentou, se ele tinha comido, mas muito cedo, e foi vendo o quê que era.

Resumo da ópera ele tinha saído de casa e deslocou-se a pé pro serviço de saúde por que não tinha dinheiro pro transporte, andou por 8 horas. E ele estava fazendo uma sessão de quimioterapia e após iria andar de volta 8 horas para chegar a sua casa.

Ai a enfermeira começa a pensar: primeira etapa tem de arranjar uma maneira de uma condução de você voltar pra casa depois da quimioterapia, em seguida busca o PSF que vai ter que fazer essa quimioterapia. Começa a se mover no sentido de entrar em contato com o PSF, entrar em contato com o médico do PSF. Esse médico não sabia da quimioterapia e não tinha conhecimento, permitir que ele pudesse ser rapidamente capacitado pra fazer aquela quimioterapia com aquele medicamento. Conquistar a liberação do medicamento para que fosse transportado, o medicamento andar 8 horas, e não é 8 horas é muito mais rápido, para o posto de saúde do para que o sujeito pudesse fazer a quimioterapia lá. Então ele implanta essa quimioterapia e essa situação envolve simultaneamente o sentido de compreensão, de toda a escuta e percepção, colocar-se na posição do outro, essas coisas integram a integralidade na pratica, como a reorganização do serviço, a ruptura das normas, o reposicionamento para dar conta da necessidade.”(Ruben Araujo de Mattos)

Essa situação demonstra o encontro e o diálogo, a enfermeira foi capaz de escutar e investigar junto ao usuário a sua dificuldade de acesso à sua necessidade de saúde. Frente a isso buscou e negociou toda uma mobilização do sistema para atender esse sujeito, isso mostra o envolvimento de diversos atores em prol do cuidado. O cuidado que o SUS propõe.^(78, 79)

O objetivo dessa última parte é de ser dispositivo para os leitores refletirem sobre as situações apresentadas, todas são baseadas em dados da experiência desses atores que nos permitiram viajar junto a eles nesse percurso em busca da integralidade, dentro do SUS.

Mas uma questão fica em aberto, seria a forma como o convite foi feito para a construção das situações problema que levaram a trazer situações que envolvem os serviços, e como Madel Therezinha Luz coloca:

“...ainda acho que a coisa é muito centrada pro serviço de saúde, e portanto ainda não há a saúde mesmo (...) Ainda é uma coisa de um serviço de saúde que procura melhorar, que integra varias práticas, que procura ter uma visão uma pouco mais ampla, primeiro era medicalizadora, era curativista, depois passou preventiva promocionista, agora um pouco mais abrangente, mas ainda está centrada na questão dos serviços de saúde ...” (Madel Therezinha Luz)

Ou seria porque sempre falamos com mais propriedade daquilo que faz parte do nosso cotidiano, onde temos implicação ou que nos afeta? Seria essa a potência da integralidade? Ser o espelho que devolve a imagem real... Mas o que é o real? Bom, isso já é outra história...

5 ARTIGO

A INTEGRALIDADE E SEUS PERCURSOS NO SUS⁸

“SUS’ INTEGRALITY AND ITS JOURNEY”

CARLA RIBEIRO⁹
MARCO AURÉLIO DA ROS¹⁰
SANDRA CAPONI¹¹

RESUMO

Este trabalho busca analisar a trajetória da integralidade, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro da história das políticas públicas de saúde do Brasil desde o Movimento Sanitário - década de 70, até a atualidade. Para alcançar este propósito foram realizadas pesquisa histórica bibliográfica e entrevistas com importantes atores do cenário das políticas públicas de saúde no Brasil. A saúde hoje continua sendo um âmbito de luta e a integralidade tem um papel importante nesse processo, pois permite que sejam feitas reflexões do momento sócio-político que estamos, e com isso fortalece e qualifica o SUS. É na década de 90 que se retoma o debate com o termo integralidade, originário da atenção integral no período do movimento sanitário. A integralidade aponta para dificuldades e avanços que há no SUS. Ela não é só preche de sentidos - polissêmico, mas também autoriza as vozes silenciadas a falar - polifônico, e acima de tudo carrega consigo os sonhos de muitos.

PALAVRAS-CHAVE: integralidade, movimento sanitário, história, SUS.

ABSTRACT

This work aims to analyze the journey of integrality, which is one of the principles of SUS (public Brazilian health system) within the history of public political

⁸ Artigo segundo normas de publicação da Ciência & Saúde Coletiva.

⁹ Psicóloga, Mestre em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

¹⁰ Professor Doutor do Mestrado em Saúde Pública da UFSC.

¹¹ Professora Doutora do Mestrado em Saúde Pública da UFSC.

health in Brazil since the Sanitary Movement – which started in the 70s - until the present days. In order to reach the purpose suggested, historical bibliographical researches were done and important agents from the public political health context in Brazil were interviewed. Nowadays, health keeps staying in a fighting atmosphere and integrality has an important role in this process because it allows us to reflect on the socio-political moment we are currently going through. This makes SUS stronger and better qualified. In the 90s the debate about integrality was retaken, which had begun with the integral attention in the period of the sanitary movement. Integrality points out the existence of both at SUS, difficulties and advances. It is not only full of meanings – polysemic; it also gives to silenced voices the speech – polyphonic. However, beyond all of it, the dreams of many are held by integrality.

KEY-WORDS: integrality, sanitary movement, history, SUS.

INTRODUÇÃO

A integralidade é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), junto à equidade e universalidade. Esses pressupostos nascem da luta que se inicia na época da ditadura militar de 1964, e é composta por diversos movimentos, que objetivavam ter um sistema único de saúde com um caráter de inclusão de todos os cidadãos, que compuseram o Movimento Sanitário ou Reforma Sanitária^(3, 4).

A história das políticas públicas de saúde no Brasil traz na sua trajetória marcas de exclusões, lutas e dicotomias desde a época da Proclamação da República até o SUS. Do sanitarismo campanhista de Oswaldo Cruz, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), onde o benéfico era concedido apenas aos trabalhadores, e a dicotomia entre ações coletivas e individuais representados pelo Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Em meio a tudo isso, passamos por duas ditaduras

que reforçou ainda mais o processo de exclusão das classes populares dos circuitos de decisão econômica, política e cultural^(3, 22).

O estado militarista (1964/84) também conhecido como o 'milagre brasileiro', na área econômica, que compreende os vinte anos da ditadura militar (2ª ditadura do país), operou grande mudança na administração estatal e reorientação institucional em todos os setores nesse período. Foram reorganizados os traços institucionais das campanhas sanitárias e dos modelos curativos da atenção médica previdenciária. Época marcada por atos institucionais e por decretos que modificaram a Constituição no tocante aos direitos de cidadania, informação e comunicação social, bem como o controle dos poderes Judiciário e Legislativo. Um crescimento desmedido da medicina privada, desvinculado da realidade sanitária da população e voltada para o desenvolvimento científico-tecnológico das especialidades. "A saúde passou a ser vista como bem de consumo médico" (pág.82)⁽³⁾.

Conforme Da Ros⁽⁴⁾, nestes 20 anos, citados acima, é aberto espaço para a construção de um poderoso complexo médico-industrial dos fabricantes de equipamentos, medicamentos, hospitais privados, que assessora a eleição de políticos comprometidos com a defesa de seus interesses. Teixeira⁽²²⁾ complementa essa afirmação quando relata que a prática médica está no interior do ciclo de acumulação e reprodução capitalista, tendo o predomínio destas as práticas coletivas.

Vianna⁽²⁴⁾ aponta que o Complexo Médico Industrial (CMI) pode ser entendido como uma trama de forças entre os diversos atores da saúde, com o setor econômico. Aqui podemos ver esses atores da saúde como a assistência médica, formação profissional, indústrias farmacêutica, produtora de equipamentos médicos

e de instrumentos de diagnóstico. O CMI é resultado do desenvolvimento capitalista da área médica, onde práticas privadas tornaram-se hegemônicas, onde a tecnologia assumiu um status de benefício à humanidade, onde o conhecimento humano se dedica à solução de problemas de vida e morte.

A configuração desse cenário tem como forte influência o Relatório Flexner dos Estados Unidos, que se originou com a investigação das faculdades de medicina do país e foi financiado pela *Rockefeller Foundation* por meio da *Johns Hopkin University* patrocinada por esse ícone do capitalismo americano. O modelo Flexneriano, nascido nesta universidade norte americana traz uma proposta de atenção à saúde hospitalocêntrico, biologicista, fragmentado em especialidades designadas por um saber acadêmico reconhecido por lei. E a hegemonia desse modelo nos Estados Unidos deve-se à sugestão de não financiamento das faculdades de medicina que não adotassem esse modelo, em nome da padronização e organização no ensino médico^(4, 25).

É nesse cenário da 2ª da ditadura militar no Brasil, na década de 70, que o Movimento Sanitário organiza-se para discutir a saúde, tanto individual quanto coletiva, como uma questão universal. Propõe a organização da saúde de um outro modo, uma necessidade de mudança sentida na época, numa tentativa de conter o crescimento desmedido da assistência privada, que só fortalecia a exclusão e tornava dispendioso a continuidade dessa prestação de serviço, devido aos altos custos tanto para o Estado, quanto para o usuário⁽⁴⁾. Ou seja, transformar a questão da saúde de um “negócio da doença” (pág. 18⁽²⁵⁾), para uma questão de vida, trazendo para a discussão todos os envolvidos, transformando os cidadãos em atores ativos, na luta pelo o reconhecimento da saúde como direito de todos, invertendo a lógica da exclusão vivida no País até então.

O Movimento Sanitário constituía-se, segundo Da Ros^(4, 13) e Escorel⁽¹⁴⁾, por diferentes vertentes/movimentos, onde cada uma com um olhar peculiar sobre a saúde, lutavam por objetivos comuns: rever a saúde no País, associar-se contra a ditadura e lutar contra o CMI. Escorel⁽¹⁴⁾ destaca que a transformação ocorrida não foi de um novo modelo de atenção à saúde, mas uma nova força política/ ator que foi se conformando na nova arena política de articulação entre vários núcleos, e que essas vertentes não eram estanques ou excludentes, mas como partes de um processo de construção de um movimento social.

Entre essas vertentes que compuseram o Movimento Sanitário cabe o destaque ao CEBES e à Academia, a primeira como a pedra fundamental do Movimento, enquanto a segunda foi e ainda é o pilar teórico^(14, 27). O CEBES tem um papel essencial: de articulador entre o saber acadêmico e a prática política, e mediador entre a academia e os movimentos sociais, a sua criação se dá num contexto de dificuldades de espaços de luta contra o regime. Enquanto a Academia se configura num o espaço onde construíram a ideologia, o ideário, o conhecimento e formaram-se os pensadores orgânicos da proposta, além de ser muitas vezes o único espaço possível de trabalho, durante a ditadura, e que resultou na construção de uma teoria social da saúde. Destacando-se como importante fator de transformação do pensamento preventivista em médico-social, ou seja, entender que a saúde inclui outros fatores como os determinantes sociais⁽¹⁴⁾.

Em 1986, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), resultado do Movimento Sanitário, de âmbito nacional, que conquistou pelo trabalho político intenso, alguns importantes postos de condução política setorial, proporcionando assim uma articulação política entre partidos, organizações sindicais e população. Foi por meio dessas conquistas que se possibilitou que esta conferência se tornasse

a maior da história, e que propusesse um debate que se ampliasse para a sociedade como um todo, e com a finalidade de subsidiar a reformulação do sistema nacional de saúde, além de proporcionar elementos para a constituinte⁽³³⁾. Esta CNS é marcada pelo mais amplo e democrático debate sobre a questão da saúde, trazendo grande visibilidade, técnica, política, conceitual e organizativa ao Movimento Sanitário⁽³²⁾. Legitimada e representada pelos mais variados setores, desde profissionais a cidadãos, desde associações a movimentos sociais, e resgata uma dívida histórica com os cidadãos brasileiros^(32, 33).

A 8ª CNS não se restringiu à sua realização, em verdade ela acumula um processo, mesmo antes de ela acontecer houve pré-conferências e após a sua realização desdobrou-se em 1986/1987 em conferências específicas por temas e/ou áreas de atuação. Além disso, como principal legado à constituição da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e a conformação da Plenária Nacional de Entidades de Saúde⁽¹⁴⁾. Durante os dois anos de constituinte tiveram o acompanhamento da CNRS, que assessorou deputados, garantindo que o lema da 8ª CNS entrasse na constituição⁽⁴⁾.

Os desdobramentos da 8ª CNS tinham suas justificativas, pois muito dos avanços da década de 80 na direção de um sistema de saúde desejado pelo Movimento Sanitário foram freados, como explicita Luz⁽⁴⁵⁾:

“As resistências oferecidas pelo clientelismo, pela partidarização das instituições de saúde das instituições de saúde, no sentido mais corporativo do termo *partido*, pela burocracia tipicamente pré-capitalista do nosso aparelho estatal, avessa às modernizações, pelos interesses lobistas das grandes empresas do setor e pela própria tendência institucional à concentração e à centralização do poder, constituíram poderoso freio às mudanças propostas pela VIII CNS e ratificadas pela Constituição de 88.” (pág. 122⁽⁴⁵⁾)

O esforço do Movimento Sanitário no debate para a construção de um sistema de saúde foi recompensado com a conquista dentro da Constituição

Nacional, nos artigos 196º a 200º que tratam especificamente da saúde⁽⁴⁾. O princípio da integralidade inicialmente se apresenta na Constituição Federal, no Art. 198, da seguinte forma: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (...) II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais” (pág. 14⁽²⁾).

Em uma sociedade em transição democrática, algumas questões contribuíam para os debates da assistência à saúde, havia uma preocupação em buscar a integração das questões no nível social, econômico e político. O debate da integralidade aparece disperso durante esse período, havia uma preocupação muito maior com a universalidade e equidade (ou igualdade) da atenção^(33, 34). Rodriguez Neto⁽³⁵⁾ demonstra isso, quando relata que a essência da proposta era o direito igualitário e universal, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, e a incorporação de todas as ações e serviços de saúde pelo SUS.

Desde a sua inclusão na Constituição brasileira, o SUS passou por diversos obstáculos devido à conjuntura social vivida, onde alguns temas ou necessidades foram mais aprofundados e discutidos do que outros. As lutas pela saúde ao longo dos anos constituíram-se em um processo político-pedagógico-social, onde cada vitória ou derrota configurava-se em novas proposições. Alguns pontos já alcançados necessitam ser avaliados dentro de sua nova conjuntura, para criar novas estratégias, para que o sonho não se perca, e conseqüentemente as ações dos atores desse movimento que foram modificando-se ao longo do processo⁽¹⁴⁾.

Na década de 90, a eleição do governo do presidente Fernando Collor de Mello, traz consigo uma gestão favorável ao neoliberalismo, inicia-se, aqui o desmonte do aparelho do Estado. Esse período é visto como a década perdida tanto

para a questão social como para a economia. Esse processo é resultante da globalização, definido por economistas e cientistas políticos como um conjunto de transformações nas relações sociais de trabalho, nos modos de produção, na política e cultura do capitalismo. Os efeitos da globalização são de concentração de capital nas economias centrais e desagregação social na periferia do sistema, atingindo em cheio as nações⁽⁴⁸⁾.

Porém é nesse mesmo período que novos atores surgem, entre eles podemos citar as Organizações Não-Governamentais (ONGs), organizações e associações locais comunitárias, agentes comunitários de saúde e governos municipais. Enquanto que os atores tradicionais (profissionais de saúde), nesse período, assumem uma postura de interlocução mais madura com a sociedade civil. Profissionais, gestores e burocratas são uma força política dentro do Estado, no sentido de produzir a desconcentração de poder de dentro para fora, essas forças unidas na exigência da participação no planejamento e na gestão dos serviços de saúde por meio dos conselhos de saúde⁽⁴⁸⁾.

A luta contra o Estado Mínimo das políticas neoliberais busca fôlego na criação de instrumentos e normas para orientar a descentralização e a organização do sistema, por meio das Normas Operacionais Básicas (NOBs)^(6, 48). As primeiras mudanças aparecem na NOB/93 que apresenta timidamente o processo de descentralização^(5-7, 49). Outro passo, na direção da mudança, vem com a NOB/96 que cria o Piso de Atenção Básica (PAB) e traz as primeiras propostas para a mudança do modelo de atenção à saúde. Na análise da linguagem dessa norma operacional percebemos a sua dualidade, pois assim como aparece à postura ideológica a favor da descentralização, ao mesmo tempo demonstra a posição dos

defensores da política centralizadora do modelo assistencial, configura-se assim um processo de descentralização tutelada⁽⁵⁻⁷⁾.

A NOB/96 nasce da emergência do Ministério da Saúde em modificar a forma de transferência dos recursos entre as instâncias de governo, que o pagamento dos serviços de saúde não aconteça por procedimentos realizados, propõe novas práticas no setor público de saúde, visando a reforma do sistema de saúde⁽⁸⁾. A proposta não suprimiu o pagamento por procedimento, mas foi o primeiro passo na direção da mudança, ampliando a compreensão de novas estratégias para a saúde, para além da doença. A sua edição contou com a participação de diversos representantes da sociedade, do CONASS e do CONASEMS e passou por um período de doze meses de negociações⁽⁵⁶⁾.

A integralidade ressurge no debate político-social com a criação da NOB/96, que apresenta as primeiras propostas de mudança do modelo de atenção à saúde, propõe novas práticas de saúde para o setor público, não mais valorizando apenas os procedimentos, mas ações de saúde voltadas para as necessidades da população como um todo⁽⁵⁻⁸⁾.

Esta norma operacional aponta para o Programa da Saúde da Família (PSF) como uma opção para reestruturar o modelo de atenção à saúde, estruturando a Atenção Básica, junto ao seu antecessor Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e o PSF provocam alterações nas modalidades de alocação de recursos financeiros, formas de remuneração das ações de saúde e na organização do sistema, dando um passo importante na universalização dos cuidados^(4, 6, 8, 49).

O PSF proporciona uma nova modalidade de alianças políticas, envolvendo não apenas gestores locais, mas também técnicos de fora da área da saúde e associações de comunidade, e introduziu na discussão política social uma série de

questões⁽⁸⁾. Visando fortalecer ainda mais a mudança no modelo assistencial, e romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender suas ações para e junto à comunidade, em 1997 o PSF passa de sua limitada condição de programa para Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF busca estruturar o sistema público de saúde, reafirma os princípios do SUS e busca a consolidação de uma nova filosofia de atenção à saúde⁽⁵⁷⁻⁵⁹⁾.

A ESF hoje cresce e expõe importantes fragilidades do processo de mudança do modelo de atenção, pois em sua prática cotidiana se vê diante de novos desafios ainda não pensados ou vivenciados. Desafios estes que se descortinam em diversos âmbitos, como na gestão, nas ações práticas dos profissionais de saúde, nas necessidades de cuidados de saúde (integralidade, conceito ampliado de saúde, formação de vínculos, trabalho em equipe e abordagem familiar). Além disso, expõe um enorme rombo na formação dos recursos humanos, que continuam formando profissionais segundo a lógica do modelo flexneriano^(6, 13).

Como parte integrante da implantação do PSF, em 2001, surgem propostas na direção da formação e educação permanente dos profissionais, com base nos direitos e necessidades da população. Estes fatores são importantes na implementação das diretrizes do SUS e do novo modelo de atenção. A proposta de educação e conhecimento do seu papel perante a sociedade não cabe apenas ao usuário ou ao profissional de saúde, mas a ambos enquanto cidadãos brasileiros na luta por fazer cumprir os princípios do SUS^(47, 55, 60).

A proposta de trabalho em equipe de profissionais de diferentes categorias, e a fixação dessas, também configura um novo desafio, pois deixa de ser um modelo médico-centrado, para que o somatório das práticas garanta a integralidade das

ações de saúde. Pois não existe profissional completo, mas a atuação em equipe possibilita uma nova modalidade de atenção^(47, 55).

Um dos eixos de sustentabilidade político-econômica do SUS está ligada ao processo de mudança do modelo de atenção, que no momento passa por um período de transição, onde ainda predomina o modo de produção flexneriano. Para conquista de um modelo que assegure a universalidade e a integralidade de atenção à saúde, é necessária uma estratégia de ação para reverter o desencantamento dos brasileiros com o SUS, pois o sistema depende da força com que a sociedade entenda e coloque a vida e a saúde dos cidadãos à frente de outras racionalidades e que o caminho para isso é a construção de políticas públicas^(61, 62).

O debate da integralidade surge ou renasce dentro dessa conjuntura, que se estabelece nos anos posteriores a 8ª CNS. O processo de municipalização, os novos desafios lançados com a mudança no cenário produzem questões e desafios diferentes dos que existiam no antigo modelo de assistência à saúde. A integralidade parece que vai abrindo brechas nesses espaços de conflito atuais, na tentativa de quiçá responder a alguns desses novos desafios.

Ainda que se mantenha o seu entendimento original, hoje, o seu debate vai além dessa proposta na Constituição, ampliando-se para um mosaico de novos sentidos. Renasce como uma estratégia, que vai muito além de uma simples crítica, mas uma imagem-objetivo, uma meta a ser perseguida dentro do SUS, onde as instituições e as práticas desse sistema de saúde busquem alcançar, por meio desse princípio, um conjunto de valores e idéias de uma sociedade mais justa e solidária^(66, 67).

A integralidade hoje segundo Camargo Junior^(19, 20), não cabe enquanto conceito, pois é muito mais um conjunto de tendências que pode assumir várias

possibilidades, como: slogan político, imperativo ético, diretriz institucional, perspectiva de integração de diversos tipos de serviços e práticas.

A conquista da saúde como direito é uma vitória da sociedade, reconhecida internacionalmente como direito fundamental para o exercício de outros direitos. A prática da integralidade, também enquanto direito constitucional, consiste numa escuta positiva das demandas, e percebe a urgência de criar espaços públicos para aprender e/ou reconquistar o exercício da democracia. Busca abrir brechas na estrutura social hegemônica atual, para ampliar espaços de atuação dos movimentos sociais, para a inclusão social que é o que dá vida à democracia, traz novos atores na luta desse direito universal⁽⁶⁸⁾.

Para discutir saúde hoje, um bom caminho é conhecer o cotidiano das ações de saúde dentro das instituições, pois permite conhecer e compreender as dimensões objetivas e subjetivas, onde se constroem as percepções dos atores sociais. As instituições de saúde trazem na sua prática social um exercício de poder e espaço de lutas, onde a prática social se encontra com práticas políticas e sanitárias, e são como janelas que permitem vislumbrar os limites e as potencialidades da atenção integral, para alcançar integralidade, como um eixo condutor dessas práticas⁽⁶⁹⁾.

A integralidade renova o convite aos atores envolvidos na luta pela saúde, onde as instituições são as potências desse pressuposto, pois é no plano das práticas que se dá a construção de novas ações, soluções para as complicações cotidianas, onde as políticas ganham a sua materialidade. Coloca os sujeitos dessas práticas como atores ativos da realização sejam do seu trabalho, do seu atendimento ou da gestão do serviço. Um novo convite para fortalecer e qualificar o SUS e resgatar a sua proposta democrática e participativa^(70, 71).

A categoria “integralidade” tem uma flexibilidade que idealmente permitiria que a reflexão acontecesse partindo da realidade na qual se está inserida. Ao se questionar o que pode significar “integralidade”, somos remetidos a um contexto amplo de significados, como por exemplo: interdisciplinaridade, intersetorialidade, prevenção/ promoção de saúde, compreensão da diferença entre necessidades epidemiológicas e de saúde, etc^(66, 82).

A diversidade dos sentidos citados acima não diz o que é a integralidade, mas facilitam a sua compreensão. A adoção de um ou de um conjunto desses entendimentos podem demonstrar o ponto de vista dos diferentes atores envolvidos nas práticas de saúde, com as potencialidades e dificuldades da sua realidade.

Portanto, a integralidade trata-se de um dispositivo político que habilita os sujeitos nos espaços públicos a encontrarem novos arranjos sociais e institucionais nas práticas de saúde. Esse dispositivo pode tornar-se uma estratégia pedagógica, ao mesmo tempo em que promotora e recuperadora da saúde, bem como preventiva de doenças e agravos. A atividade da saúde tem um caráter pedagógico, onde profissionais e usuários podem potencializar-se em saúde, cidadania, autonomia por meio do assumir coletivo (profissional, institucional e cultural) com base no desafio proposto pela integralidade⁽⁶⁴⁾.

Após essa breve reflexão podemos pensar: O que pretendiam com o termo integralidade o Movimento Sanitário e suas diferentes vertentes/ movimentos? Como os principais atores, da área da saúde, percebem a retomada do debate da integralidade dentro do SUS hoje?

METODOLOGIA

A escolha da metodologia é o mapa que conduz o pesquisador do ponto de partida a seu objetivo final. A pesquisa traz desafios, entre eles, o de desvendar a aparência visível, observável, para captar a realidade por detrás do explicitado, e o pesquisador deve estar ciente de seu papel como um ator social, e como tal é um fenômeno político, que decifra as forças e interesses que mobilizam confrontos na reflexão histórico-social sobre a sociedade⁽¹⁰⁾.

A abordagem deste estudo não poderia ser outra que não a qualitativa, sendo realizada uma abordagem dialética, onde o cotidiano da pesquisa não é ato isolado, mas investigação diante do desconhecido e dos limites que a natureza e a sociedade impõem, onde o conhecimento é construído em um processo diário⁽¹⁰⁾. E a saúde é um campo complexo, onde a teoria e a prática estão sempre se influenciando, onde a compreensão é transformadora e a teoria desafiada pela prática⁽⁹⁾.

O percurso deste trabalho inicia-se com a revisão bibliográfica histórica sobre o Movimento Sanitário e a Integralidade hoje. E a realização de 22 entrevistas semi-estruturadas⁽¹⁵⁾ com importantes atores do setor saúde, representantes do Movimento Sanitário e do Laboratório de Pesquisas sobre as Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) atuais promotores do debate do tema da integralidade. As entrevistas foram analisadas por meio do método proposto por Minayo⁽⁹⁾, análise de discurso que faz uma reflexão da significação dos textos, visando compreender a produção social atual, suas ideologias, processo sócio-histórico produzidas no discurso.

Atendendo as exigências da resolução Nº 196/96, do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC),

através do parecer consubstanciado Nº 119/07, em 28/05/2007. Todos os entrevistados foram convidados a participar da pesquisa, tendo aceito, assinaram o termo de consentimento informado, onde foram explicados os objetivos da pesquisa. Na análise das entrevistas, optou-se por divulgar o nome dos entrevistados, devido à importância histórica de seus depoimentos. Seguindo orientação do Relatório sobre Ética em Pesquisa Qualitativa em Saúde⁽¹⁶⁾, os entrevistados foram consultados sobre a transparência/ nomenclatura por meio do correio eletrônico, onde o pesquisador colocava-se à disposição, para encaminhar entrevista transcrita para análise das suas entrevistas. Os que não se manifestaram ou não concordaram com esta proposição foram respeitados e mantido o sigilo das suas identidades, substituindo os nomes por codinomes inspirados na obra de ficção de Lewis Carroll⁽¹⁾, Alice no País das Maravilhas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O resultado desse trabalho é uma viagem no tempo, onde mergulhamos com esses sujeitos nesta fase importante e rica para a história das políticas públicas de saúde do Brasil, e nos leva a acompanhar as transformações da integralidade no percurso da história.

A compreensão do Movimento Sanitário, é muito mais do que a discussão de um simples Movimento, pois ele representava muitas vozes, que são muito bem apresentadas nas falas a seguir:

“O movimento sanitário é polifônico, ele tem várias vozes, várias propostas...” (Madel Therezinha Luz).

“... eu não sou ator único, essas coisas todas foram feitas a milhares de mãos dadas...” (Gilson Carvalho).

A heterogeneidade de coletivos e objetivos da reforma sanitária era composta por movimentos sociais, estudantes, residentes, médicos, sindicato médico,

docentes e pesquisadores da área da medicina preventiva e da saúde pública^(4, 13, 14). A discussão da reforma sanitária significava questionar o capitalismo, e conforme Gallo⁽²⁷⁾, o possível nesta época era a busca da democracia e não o debate da estrutura do Estado.

“... nessa época se discutia a questão da implantação dos departamentos de medicina preventiva e social,... sem esse enfoque na determinação econômica social da doença” (Gilson Carvalho).

A Academia acabou centralizando as discussões, os próprios integrantes do Movimento Sanitário, hoje, ainda estão vinculados à Academia e do CEBES de alguma forma. Na fala a seguir fica claro a importância do seu papel:

“... que era um centro de discussão, de atuação onde ao mesmo tempo em que a gente produzia a questão do sistema único da saúde coletiva na política pública naquele momento, formando pessoas, quadros, saindo, divulgando, era um momento de contra hegemonia, de tentar mudar o modelo. Então baseado tanto na produção de conhecimento quanto na difusão de uma consciência sanitária, uma prática política institucional, quer dizer, vai interferir na política” (Sonia Maria Fleury Teixeira).

Todo esse processo culminou na 8ª CNS, legitimada e representada pelos mais variados setores, desde profissionais a cidadãos, desde associações a movimentos sociais, um marco na história, como a maior conferência já realizada num debate amplo e democrático sobre a saúde, além do resgate de uma dívida histórica com os cidadãos brasileiros^(32, 33). A proposta da saúde é

“... o único projeto inteirinho que nasceu da base para a constituinte foi exatamente o de saúde e ele foi sacramentado na conferência (...) passou pela sociedade, passou pela sociedade dos amigos de bairro...” (Gilson Carvalho).

Um dos focos de debate do Movimento Sanitário estava ligado à fonte de financiamento, que com o fim do milagre econômico^(3, 4) expõe uma realidade cruel,

pois a estrutura dada na época para a saúde era de alto custo e baixa resolubilidade, as discussões refletiam isso:

“... houve toda uma discussão durante a década de 70 de que não dava para reduzir saúde a 1º acepção, da assistência à saúde, como tava na constituição anterior, apenas assistência médica. Então saúde tinha a ver com condições, quer dizer, ou mudava o conjunto das coisas e atenção. Os serviços de saúde tinham de pensar em saneamento, tinha de pensar em educação, tinha que pensar...” (Maria Luiza Jaeger).

No Brasil da ditadura militar, vivíamos uma realidade onde o dinheiro da saúde financiou a construção de hospitais privados e pagava por exames realizados nestas instituições financiadas pelo dinheiro público. A prática médica estava no interior do ciclo de acumulação e reprodução capitalista, seguindo a lógica do modelo flexneriano^(4, 22, 25). A fala na seqüência demonstra isso:

“... estávamos fazendo uma saúde partida, uma saúde trincada, onde a gente negava muita gente fácil, onde os pobres principalmente não tinham acesso aos outros caminhos, eles muitas vezes ficavam na atenção básica, primeiros cuidados, ou da emergência, e não tinha uma continuidade. A gente tem que fazer, não só o individual e também não só o coletivo tem ter o individual e coletivo junto. A gente tem de ter a baixa complexidade, todos os níveis de complexidade, e a média e alta complexidade. Então essa foi uma discussão individual, coletiva, é média e alta complexidade preventiva e curativa, esta discussão passou muito por cima disso. (...) não eram cuidados primários exclusivos, excludente dos outros cuidados, era integrado aos outros cuidados. Então a integralidade dos procedimentos, a integralidade dos especialistas, mas que não fosse como caminho para quem não tem atenção primária, mas fosse à continuidade da atenção primária. A integralidade contrapunha as dicotomias históricas...” (Gilson Carvalho)

O reconhecimento do conceito ampliado de saúde, foi uma das grandes conquistas do Movimento Sanitário e da 8ªCNS, foi um importante avanço para a saúde do Brasil, explicita que o país estava mudando, ou tentando mudar a sua relação com a saúde⁽⁴⁾. Em meio a esse debate, a integralidade não aparece de forma explícita, mais como uma figura de fundo dos seus pares – equidade e

universalidade – prioridade da conjuntura da época. Sarah Escorel deixa isso claro , ao afirmar que a integralidade:

“... muito mais como um elemento, mas não um elemento chave, naquele momento do projeto. A gente tem que pensar que o projeto ele não estava pronto (...) atenção integral aparece, mas que ela foi posteriormente recebendo mais conteúdo e mais importância...” (Sarah Escorel).

Os próprios atores dessa história não fazem referência direta a ela, mas quando questionados trazem à reflexão a importância da sua inclusão, como na fala do Gilson Carvalho citada acima, contrapondo dicotomias históricas. Aparece como sinônimo de diversos temas debatidos na época, como explicita a fala na seqüência:

“... A palavra integralidade aparecia como uma palavra difusa. Ela aparecia muito mais como atenção primária, educação popular, a palavra não era integralidade nem atenção integral, as palavras eram educação popular, atenção primária, saúde comunitária, essas eram as palavras pra dizer o que hoje eu chamaria atenção integral...” (Chapeleiro).

Entre as origens do tema integralidade, os atores entrevistados colocam Conferência de Alma Ata⁽²⁹⁾, que possivelmente origina também a expressão ‘atenção integral’ posta na Constituição, devido à sua discussão dos cuidados primários de saúde. Esses cuidados referiam-se a uma atenção primária levada para comunidade, próxima de onde as pessoas vivem e trabalham, o primeiro momento da atenção à saúde⁽²⁹⁾. As expressões – atenção integral, atenção primária, saúde comunitária – por vezes pareciam se confundir, mas também foram explicitadas por Paim⁽³⁷⁾ quando diz que os temas saúde comunitária e medicina comunitária eram sinônimos de saúde pública, medicina social, medicina integral ou ainda medicina preventiva. Outras referências que são citadas como possíveis bases para a discussão da integralidade são: o Modelo da Medicina Preventiva Norte Americano,

a História Natural das Doenças, a influência do Conceito Ampliado de Saúde, Relatório Dawson e a Reforma Sanitária Italiana.

A pluralidade vivida na época proporciona uma multiplicidade de compreensões e necessidades, como bem explicita o período a seguir: *“e esse conjunto de sentidos (da atenção integral) ele ta presente, eu diria, numa fronteira do Movimento Sanitário atrás” (Ruben Araujo de Mattos).*

O que legitima essas disputas e conquistas do Movimento Sanitário, como bem coloca Ruben Araujo de Mattos, foi *“um marco absolutamente fundamental, o fato de que atendimento integral entrou na Constituição como um princípio do SUS”.* *Essa conquista do Movimento Sanitário que por vezes pode parecer tão irrisória dispara diversas reações no contexto social. Reitera este ator:*

“... Por que ao entrar na Constituição como princípio do SUS, permitiu que outros atores que estiveram alheios ao movimento sanitário passam a poder apontar contribuições na dinâmica de enriquecimento, transformação e modificação da noção de integralidade...” (Ruben Araujo de Mattos)

Os percursos que o pressuposto da integralidade faz ao longo desse processo histórico são percebidos de diferentes maneiras. Jairnilson Silva Paim percebe que há uma retomada hoje:

“... embora a integralidade estivesse na origem do SUS, o contexto da implantação do mesmo, na passagem dos anos 80/90 foi tão adverso, que a preocupação com esse princípio de alguma forma se perdeu, há um regaste relativamente recente dessa questão, pois toda a ênfase foi dada à questão do financiamento, da descentralização e do controle social nesse período inicial...” (Jairnilson Silva Paim)

Para Maria Luiza Jaeger a integralidade foi acompanhando as mudanças do tecido social:

“...Eu acho que é uma continuidade, um aperfeiçoamento, quando você fala em linha de cuidado, no momento que tu fala em

humanização, que naquela época não se falava tanto, ela vem desde daquela época sendo construída...” (Maria Luiza Jaeger)

Entre algumas das estratégias adotadas para tentar vencer os obstáculos, a implementação do SUS a NOB/96 abre brechas para o debate da integralidade e de novos caminhos para a descentralização e organização do sistema ^(6, 48) e entre estas uma se destaca, como demonstra a fala a seguir:

“...essa trajetória da organização do sistema, respeitando os fins constitucionais, a NOB/96 foi um marco importante, dá os primeiros passos de integralidade em saúde, como um movimento de macro organização dos princípios (...)a NOB/96 foi a mais discutida com os atores envolvidos no processo, o CONASEMS, o CONASS, onde teve uma expressão, uma participação e ali acho que determinou a discussão da integralidade, como uma possibilidade desse difícil princípio constitucional, então que dali derivou várias possibilidades, uma busca em certa medida de plasmar mais esse princípio do SUS...” (Rainha de Copas)

É importante lembrar que a integralidade compõe junto à equidade e universalidade uma trama tríplice, quase um signo segundo Cecílio⁽⁶⁵⁾, que expressa de forma ativa o ideário do Movimento Sanitário. Demonstrado a seguir:

“... hoje a discussão na prática social, é a idéia de não dissociar a integralidade da universalidade e da equidade, a idéia de um horizonte a ser perseguido, a idéia de uma utopia a ser alcançada, e que tem uma materialização...” (Aluísio Gomes da Silva Junior)

Hoje, a integralidade é compreendida como um pressuposto polissêmico e polifônico^(64, 66), como bem coloca Jairnilson Silva Paim:

“... hoje existem tantos sentidos que a própria integralidade é extremamente polissêmica (...) a resignificação do conceito de integralidade tende a ampliar cada vez mais...” (Jairnilson Silva Paim)

Essa compreensão traz vantagens, mas pode ter desvantagens, conforme Naomar de Almeida Filho:

“... A integralidade, o termo é vantajoso por que une idéias e faz com que alguns consensos se estabeleçam, mas tem o risco também de criar um pequeno fetiche lingüístico, um fetiche temático...” (Naomar de Almeida Filho)

REFLEXÕES FINAIS

A saúde hoje continua sendo um âmbito de luta, onde esta parece ser o salva-vidas na conquista de uma sociedade mais justa e solidária, diante da atual conjuntura em que vivemos⁽⁶³⁾. A integralidade hoje tem um papel importante nesse processo, pois ela permite que sejam feitas reflexões do momento sócio- político que estamos hoje, e com isso fortalece e qualifica o SUS.

A atenção integral de ontem trazia questões mais pontuais ao debate da saúde. Frente ao caos do período que o Movimento Sanitário inicia, as emergências eram outras, vencer dualidades históricas, mostrar que a saúde não é mais a simples ausência de doenças, que as práticas de saúde centradas no atendimento não dão conta do usuário, que não é mais uma parte do aparato tecnológico, mas que o ser humano é carregado de sentidos, desejos, medos e vida.

As prioridades da sociedade e do Movimento Sanitário eram outras, a luta era por vencer uma ditadura militar e alcançar o socialismo, conquistamos a democracia e começamos a resgatar uma dívida histórica com o cidadão brasileiro. A ditadura foi vencida, e para vencê-la algumas escolhas tiveram de ser feitas, assim como no dilema prevencionista abrimos mão do desejo do socialismo, a democracia que vivemos também não é a desejada ou sonhada, mas está dada.

Hoje o debate da integralidade ainda se depara com dualidades, mas o seu reconhecimento, como direito institucional, impulsiona a reflexão das formas tradicionais de pensar e fazer a saúde pública. E justamente essa legitimidade que produz movimentos dentro da própria sociedade num processo dialético, onde uma conquista leva as mudanças que trazem outros desafios, que necessitam de novas estratégias para lidar com esse processo dialético.

A forma como ela se apresenta na saúde hoje permite que o seu debate, ou a proposta de ações integrais estejam ao alcance de todos. Quando habilita os sujeitos sociais a encontrarem novos arranjos para as práticas de saúde coloca todos os atores envolvidos num papel ativo, na busca da sua saúde individual e coletiva. Resgata o cidadão, o profissional e todos os atores por vezes esquecidos ou acostumados à passividade diante à vida em sociedade. Quem sabe ela não consiga trazer a população perdida durante a luta do Movimento Sanitário de volta para o debate da saúde.

A integralidade aponta para muitas das dificuldades e muitos avanços que temos no SUS, mas além de ser um termo repleto de sentidos, polissêmico. E é polifônico, pois autoriza as vozes silenciadas a falar. Justamente por apontar e produzir reflexões, devemos repensar se o que deve ser limitado é o princípio ou as reflexões que ele aponta (escutar as vozes dessas reflexões). Qual é o verdadeiro foco dos debates? O que estamos deixando passar e que esse pressuposto nos alerta?

A integralidade não está só enquanto direito, ela é parte de um signo tríplice⁽⁶⁵⁾, e se formos pensar em limites, porque não olharmos para os seus pares. O direito de um muda onde se inicia o do outro, ou seja, os limites são dados pelo respeito e negociação entre a integralidade, equidade e universalidade.

A integralidade não é só preche dos sentidos, ela carrega consigo os sonhos, os desejos abandonados por escolhas, negociações e conjunturas que se fizeram presentes. Ela é carregada pelos ideais do movimento sanitário, pela luta da saúde enquanto espaço que ainda percebe que algumas coisas não são financeiramente negociáveis, e necessita de empatia, solidariedade, de valores que nos conferem a nossa humanidade. Precisamos valorizar o cuidado, o respeito, termos implicações

e responsabilidade nas nossas ações e para isso não importa o nome, mas o sentido subjetivo, para que essa luta não se perca em meio de procedimentos, ações lucrativas, complexidades tecnológicas, ou competições individualizadas.

6 QUEM AJUDOU A PERCORRER ESSE CAMINHO – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carroll, Lewis. Aventuras de Alice. 3ª ed. São Paulo: Summus; 1980.
2. Ces/Rs; Ses/Rs. SUS é legal - legislação federal e estadual do SUS. In: Saúde/RS CEd, editor. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde/RS; Outubro de 2000.
3. Luz, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” - anos 80. Physis Revista de Saúde Coletiva. 1991;01, nº 01:77 – 96.
4. Da_Ros, Marco Aurélio. Políticas públicas de saúde. In: Bagrichevsky M, Palma A, Estevão A, Ros MAD, editors. A saúde em debate na Educação Física - volume 2. Blumenau: Nova Letra; 2006. p. 47 – 66.
5. Solla, Jorge José Santos Pereira; Reis, Ademar Arthur Chioro Dos; Soter, Ana Paula Menezes; Fernandes, Afra Suassuna; Palma, José João Lanceiro De. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil. 2007 Dez;7(4):495-502.
6. Gil, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Journal [serial on the Internet]. 2006 Junho Date; 22(6): Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600006&lng=pt&nrm=iso.
7. Pellegrini, Bárbara. O discurso do gestor federal no processo de descentralização política: obstáculos à municipalização do SUS. Ciência e Saúde Coletiva. Março/abril 2007;12 nº 2:325 - 33.
8. Viana, Ana Luiza D'ávila; Dal_Poz, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2005 [cited 2008-06-18];15:225 - 64.
9. Minayo, Maria Cecília De Souza. Os desafios do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco; 2004.
10. Demo, Pedro. Pesquisa: princípio científico e educativo. 11 ed. São Paulo: Cortez; 2005.
11. Scheid, Neusa Maria John; Ferrari, Nadir; Delizoicov, Demétrio. A construção coletiva do conhecimento científico sobre a estrutura do DNA. Ciência e Educação. 2005;Vol. 11, n 2:223 – 33.

12. Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben De Araujo. Cuidado e Integralidade: vida, conhecimento, saúde e educação (apresentação). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro

São Paulo: UERJ, IMS, ABRASCO, Hucitec; 2004. p. 5 - 7.

13. Da_Ros, Marco Aurélio. Uma visão da reforma curricular a partir do movimento sanitário. In: Pereima MJ, Coelho EBS, Ros MAD, editors. Da proposta à ação: currículo integrado do curso de medicina da UFSC Florianópolis: Editora da UFSC; 2005. p. 59 - 80.

14. Escorel, Sarah. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1998.

15. Boni, Valdete; Quaresma., Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Journal [serial on the Internet]. janeiro-julho/2005 Date; Vol. 2 nº 1 (3): Available from: www.emtese.ufsc.br.

16. Secretaria_Municipal_De_Saúde_De_São_Paulo. Relatório da Reunião sobre Ética em Pesquisa Qualitativa em Saúde. Guarujá/SP: Secretaria Municipal de Saúde São Paulo; 2006 Contract No.: Document Number].

17. Foucault, Michel. A arqueologia do saber. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004.

18. Cunha, Antônio Geraldo Da. Dicionário Etimológico: nova fronteira da língua portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.

19. Camargojr., Kenneth Rochel. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos. RAd, editors. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2003.

20. Camargojr., Kenneth Rochel. As muitas vozes da integralidade (apresentação). In: Pinheiro R, Mattos RAd, editors. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2001. p. 11 - 5.

21. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil.: Congresso Nacional; Promulgada em 5 de outubro de 1988.

22. Teixeira, Sonia Maria Fleury. Assistência Médica Previdenciária - evolução e crise de uma política social. In: Teixeira SMF, Bahia L, Amarante P, editors. Saúde em Debate: Fundamentos da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes; 2007.

23. Almeida, Eurivaldo Sampaio De; Chioro, Arthur; Zioni, Fabíola. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: Almeida ESd, Westphal MF, editors. Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS. São Paulo: Edusp; 2001. p. 13-49.

24. Vianna, Cid Manso De Mello. Estruturas do Sistema de Saúde: do complexo médico industrial ou complexo médico financeiro. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*. 2002;v. 12, n. 2:375-90.
25. Brasil. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 2006.
26. Oliveira, Jaime De Araújo. Reformas e Reformismo: para uma teoria política da Reforma Sanitária. In: Najar AL, Fonseca CMO, Rabelais CM, Oliveira JdA, Fiszon JT, Bodstein RCd, et al., editors. Demandas populares, políticas públicas e saúde. Petrópolis: Vozes, ABRASCO; 1989.
27. Gallo, Edmundo. Da reforma ao reformismo: o CEBES e o "Movimento Sanitário" da ditadura à "nova república". *Saúde em Debate*. Outubro/1988;22:73-9.
28. Buss, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CMd, editors. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
29. Who. Declaração de Alma Ata. Journal [serial on the Internet]. 1978 Date; 2008: Available from: www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf.
30. Santos, Nelson Rodrigues Dos. Prestação de contas na gestão da saúde em Campinas. *Saúde em Debate*. Junho/ 1988;21:07 - 9.
31. Gruppi, Luciano. Tudo começou com Maquiavel (As concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci). 5ª ed ed. Porto Alegre: L&PM Editores Ltda; 1985.
32. Escorel, Sarah. Saúde e Democracia, democracia é saúde. *Saúde em Debate*. Junho/1988;21:51-5.
33. Nesco. I - Nascimento das idéias e seu desenvolvimento; II - A 8ª Conferência Nacional de Saúde; III - A continuidade da 8ª CNS: caminhos para a Reforma Sanitária Brasileira. . Espaço para a Saúde. 1989 Março, 1989;Ano 1, volume 0:05 - 52.
34. Cebes. Encarte: VIII Conferência Nacional de Saúde. *Saúde em Debate*. Julho 1985;17, 2ª edição:05 - 52.
35. Rodriguez_Neto, Eleutério. A Saúde na Nova Constituição: uma avaliação. *Saúde em Debate*. Junho/1988;21:34-5.
36. Nitão, Samara Rachel Vieira. Regulamentação do Sistema Único de Saúde: a próxima batalha. *Saúde em Debate*. Março/1989;24:24-5.
37. Paim, Jairnilson. Medicina Comunitária: introdução a uma análise crítica. In: Teixeira SMF, Bahia L, Amarante P, editors. *Saúde em Debate: fundamentos da Reforma Sanitária*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Cebes; 2007. p. 12 - 5.

38. Arouca, Antônio Sergio Da Silva. História Natural das Doenças. In: Teixeira SMF, Bahia L, Amarante P, editors. Saúde em Debate: Fundamentos da Reforma Sanitária. 1ª ed. Rio de Janeiro: Cebes; 2007. p. 16 - 20.
39. Campos, Gastão Wagner De Sousa. Comentário: reforma da Secretaria de Estado de São Paulo durante os anos 70 e o Sistema Único de Saúde (SUS). Revista de Saúde Pública. 2006;v.40 n.1:20-38.
40. Ribeiro, Luiz Cláudio; Alves, Márcio José Martins; Teixeira, Maria Teresa Bustamante; Silva, Jane Azevedo Da; Chaoubah, Alfredo; Carvalhojúnior, Kenneth Rochel De, et al. Avaliação dos dados do SIAB: uma aplicação da técnica de amostragem de controle de qualidade para garantia de lotes. XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP; 2004 04/05/2008; Caxambú- MG 2004.
41. Mendes, Eugênio Vilaça. A atenção primária à Saúde no SUS [database on the Internet]. Escola de Saúde Pública do Ceará. 2008 [cited 04/05/2008]. Available from:
http://psico2008.wch.com.br/file.php?file=/1/Saude_Coletiva/recorte_APS_SUS_Mendes.doc
42. Pitta, Aurea Maria Da Rocha; Meira, Roseana. Comunicação Social em Saúde e o Modelo Assistencial: do discurso médico hegemônico ao discurso da integralidade. Saúde em Debate. Junho/1991;32:84 - 92.
43. Arouca, Sergio. Implementação da reforma sanitária através do SUDS. Saúde em Debate. Outubro/ 1988;22:49 - 54.
44. Brasil. O desenvolvimento do sistema único de saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde; 2003.
45. Luz, Madel Therezinha. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde da década de 80. In: Luz MT, editor. Ordem social, instituições e política de saúde no Brasil: textos reunidos. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/ LAPPIS:ABRASCO; 2007. p. 103 - 34.
46. Cebes. Os (des) caminhos da reforma sanitária. Saúde em Debate. Junho/1989;25:07 - 8.
47. Campos, Gastão Wagner De Sousa. Reforma da reforma: repensando a saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.
48. Luz, Madel Therezinha. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. In: Luz MT, editor. Ordem social, instituições e política de saúde no Brasil: textos reunidos. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/ LAPPIS:ABRASCO; 2007. p. 168 - 215.
49. Santos, Nelson Rodrigues Dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para a visualização dos rumos. Ciência e Saúde Coletiva Março/abril 2007;12 nº 2:429 - 36.

50. Mattos, Ruben Araújo De. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. Journal [serial on the Internet]. 2001 Date; 6 (2): Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200008&lng=pt&nrm=iso.
51. Merhy, Emerson Elias. Planejamento ascendente: será que os municípios têm algo a dizer sobre isto, para a montagem do SUS? Saúde em Debate. Junho/1993;39:42 - 7.
52. Brasil. Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão. In: Ministério da Saúde SE, Departamento de Apoio à Descentralização., editor. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada.; 2006.
53. Castro, Maria Helena Guimarães De. Conflitos e interesses na implementação da reforma política de saúde. Saúde em Debate. Julho/ 1992;35:15 - 21.
54. Carvalho, Gilson De Cássia Marques De. A doença da saúde tem cura. Saúde em Debate. Julho/1992;35:30 - 2.
55. Abrasco; Cebes; Abres; Unida, Rede; Ampasa. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. In: ABRASCO, CEBES, ABRES, UNIDA R, AMPASA, editors. Fórum da Reforma Sanitária Brasileira; 2006 Julho de 2006; Rio de Janeiro. ABRASCO, CEBES, ABRES, REDE UNIDA, AMPASA; 2006. p. 1 - 8.
56. Guedes, Ana Emília Leite. Da integração de programas à integralidade de ações de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RAd, editors. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2001. p. 127 - 56.
57. Ribeiro, Edilza Maria. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). Rev Latino-Am Enfermagem [online]. 2004 citado 2008-06-18;12, no. 4:658-64.
58. Brasil. Atenção Básica e a Saúde da Família. In: Básica DdA, editor. Brasília: Ministério da Saúde.; 2004.
59. Andrade, Luiz Odorico Monteiro De; Barreto, Ivana Cristina De Holanda Cunha; Bezerra, Roberto Cláudio. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Sousa GWd, Minayo MCdS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YMd, editors. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro - São Paulo: Fiocruz - Hucitec; 2007.
60. Schaedler, Lucia Ines. Pedagogia Cartográfica: a estética das redes no setor da saúde como política cognitiva e ética do ensino aprendizagem em coletivos. 2003. Programa da Pós-Graduação em Educação, Grupo Temático de Educação em Saúde, Faculdade de Educação, : Universidade Federal do Rio Grande do Sul.;Porto Alegre

61. Fleury, Sonia. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. *Ciência e Saúde Coletiva*. Março/abril 2007;12 nº 2:307 - 9.
62. Campos, Gastão Wagner De Sousa. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência e Saúde Coletiva*. Março/abril 2007;12 nº 2:301 - 6.
63. Luz, Madel Therezinha. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: Pinheiro R, Mattos RAd, editors. *Cuidado: as fronteiras da integralidade* Rio de Janeiro, São Paulo: UERJ, IMS, ABRASCO, Hucitec; 2004. p. 09 - 20.
64. Pinheiro, Roseni; Guizardi, Francine Lube. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de Saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RAd, editors. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro, São Paulo: UERJ, IMS: ABRASCO; 2004. p. 21 - 36.
65. Cecílio, Luiz Carlos De Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RAd, editors. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2001. p. 113 - 26.
66. Mattos, Ruben Araújo De. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões. In: Pinheiro R, Mattos RAd, editors. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2001. p. 39 - 64.
67. Rivera, Francisco Javier Uribe. Por um modelo de Formulação de políticas de saúde baseado no enfoque estratégico da planificação. *Cadernos de Saúde Pública*. Out/Dez 1987;4(3):444 - 62.
68. Pinheiro, Roseni; Guizardi, Francine Lube; Machado, Felipe Rangel S.; Gomes, Rafael Da Silveira. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RAd, editors. *Construção social da demanda: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ:ABRASCO; 2005. p. 11 - 32.
69. Pinheiro, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RAd, editors. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2001. p. 65 - 112.
70. Pinheiro, Roseni; Luz, Madel Therezinha. Práticas eficazes x Modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, editors. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2003. p. 7-34.
71. Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo De. Apresentação. In: Pinheiro R, Mattos RAd, editors. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2003. p. 5 - 6.

72. Silva_Junior, Alúcio Gomes Da. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
73. Acioli, Sonia. Os sentidos das práticas voltadas para a saúde e doença. In: Pinheiro R, Mattos RAd, editors. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2001. p. 157 - 66.
74. Pinheiro, Roseni. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: Pineiro R, Mattos RAd, editors. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2007. p. 15 - 28.
75. Gomes, Rafael Da Silveira; Pinheiro, Roseni; Guizardi, Francine Lube. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: Pinheiro R, Mattos RAd, editors. Construção social da demanda: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ:ABRASCO; 2005. p. 105 - 16.
76. Silva_Junior, Alúcio Gomes Da; Merhy, Emerson Elias; Carvalho, Luís Claudio De. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RAd, editors. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2003. p. 113 - 28.
77. Franco, Tulio Batista; Merhy, Emerson Elias. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RAd, editors. Construção social da demanda: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ:ABRASCO; 2005. p. 181 - 93.
78. Xavier, Caco; Guimarães, Cátia. Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: Pinheiro R, Mattos RAd, editors. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro, São Paulo: UERJ, IMS, ABRASCO, Hucitec; 2004. p. 133 - 55.
79. Ayres, José Ricardo De C. M. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado. In: Pinheiro R, Mattos RAd, editors. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2007. p. 127 - 44.
80. Ceccim, Ricardo Burg. Onde se lê "Recursos Humanos de Saúde", leia-se "Coletivos Organizados de Produção da Saúde": desafios para a educação. In: Pinheiro R, Mattos RAd, editors. Construção social da demanda: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ:ABRASCO; 2005. p. 161 - 80.
81. Pinheiro, Roseni; Guizardi, Francine Lube. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: Pinheiro R, Mattos RAd, editors. Cuidado: as fronteiras da integralidade : ; p 21 - 36. Rio de Janeiro, São Paulo: UERJ, IMS, ABRASCO, Hucitec; 2004. p. 37 - 56.

82. Da_Ros, Marco Aurélio. Integralidade – primeira oficina na UFSC (junto aos organizadores da residência multiprofissional em Saúde da Família). Florianópolis: Relatório DEGES/ UNESCO - Primeiro produto acordado no contrato; 2004 Contract No.: Document Number].
83. Zimerman, David E; Osorio, Luiz Carlos. Revisão geral sobre grupos. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
84. Saupe, Rosita; Al., Et. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. Interface – comunicação, saúde, educação. set/dez 2005;9, n.18:521 – 36.
85. Escorel, Sarah. Saúde: uma questão nacional. In: Teixeira SMF, editor. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo – Rio de Janeiro: Cortez – Abrasco; 1989. p. 181 - 92.
86. Kovács, Maria Júlia. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992.
87. Czeresnia, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CMd, editors. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
88. Mattos, Ruben Araujo De. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RAd, editors. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2003. p. 45 - 60.
89. Bahia, Ligia; Costa, Nilson Rosário; Stralen, Cornelis Van. A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas aputas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e moviemntos sociais. Ciência e Saúde Coletiva. 2007;12:1791 - 818.
90. Carvalho, Gilson. Os governos trincam e truncam o conceito da integralidade. RADIS - comunicação em saúde. Setembro de 2006;49:16.

7 APÊNDICES

7.1 APÊNDICE 1



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA - MESTRADO**

TERMO DE CONSENTIMENTO

O projeto de pesquisa “Integralidade e seus percursos no SUS: um estudo histórico-epistemológico” tem como pesquisador responsável o professor Dr. Marco Aurélio Da Ros e a aluna do mestrado Carla Ribeiro e você está sendo convidado(a) para participar dessa pesquisa.

Você foi selecionado (a) porque fez parte do Movimento Sanitário e/ou do LAPPIS, mas a sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. O objetivo desta pesquisa é de analisar os percursos do tema integralidade no início do Movimento Sanitário e na atualidade além de refletir qual a origem do tema da integralidade hoje. A pesquisa será realizada de entrevistas semi-estruturadas com os mesmos membros que comporão as distintas vertentes do Movimento Sanitário e compõe hoje o LAPPIS.

A pesquisadora se compromete em fornecer a cada participante, todos os esclarecimentos sobre a coleta de dados. Os benefícios relacionados com a sua participação virão do aprofundamento do tema da integralidade no se discurso teórico e nas suas possíveis aplicações na prática do SUS. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, a sua participação ficará diluída como um membro do Movimento Sanitário e/ou do LAPPIS e as entrevistas não serão identificados, com nomes ou categoria profissional e sim com números. Após o término da compilação dos dados as entrevistas serão destruídas.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone para contato com o pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros
Pesquisador Responsável

Mestranda Carla Ribeiro
Pesquisadora Principal

Telefones da Pesquisadora Principal: (48) 99157026 e (48)32340898.

Eu, _____ declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do Participante

7.2 APÊNDICE 2

email encaminhado aos entrevistados, solicitando a autorização para a divulgação da sua identidade neste trabalho:

Prezado Professor _____,

Meu nome é Carla Ribeiro, orientanda do Prof.Dr. Marco Da Ros (Marcão), não sei se você se lembra, mas eu realizei uma entrevista com você na _____ na data ____/____/____ e discutimos o princípio da Integralidade no SUS, desde o Movimento Sanitário até a atualidade.

Na seqüência do processo de análise destas entrevistas e na discussão em orientações percebeu-se a importância da divulgação dos nomes dos entrevistados.

Considerando que não haverá nenhum prejuízo para você e considerando a relevância acadêmica e política desta pesquisa, achamos que será muito enriquecedor que o nome do entrevistado seja apresentado, ao invés de um codinome, após as falas citadas ao longo do texto.

Se você concorda com essa proposição, por favor, responda esse e-mail colocando a sua posição de aceite ou não a essa proposição. Caso deseje ler a sua entrevista transcrita antes de autorizar, posso encaminhá-la por e-mail, basta solicitá-la.

Caso não deseje que seu nome seja revelado, o trabalho será apresentado com um codinome, como prevê o Comitê de Ética em Pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido assinado no ato da entrevista.

Agradeço desde já sua atenção e aguardo sua resposta,

Carla Ribeiro

Mestranda em Saúde Pública UFSC

Contato: carrib@ccs.ufsc.br

(48) 99157026/ 32340898

Florianópolis/SC

7.3 APÊNDICE 3



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Mestrado em Saúde Pública

Pesquisa: A Integralidade e seus percursos no SUS: um estudo histórico-epistemológico.

Pesquisadora: Carla Ribeiro

Orientador: Marco Aurélio Da Ros

Roteiro para a entrevista semi-estruturada: para os integrantes do Movimento Sanitário

Identificação:

Nome: _____

Idade: _____ Profissão: _____

Trajatória Preliminar (aquecimento):

1. Onde atuava no período da construção do Movimento Sanitário (MS)? (Década de 70/80)
2. Como participou do MS?
3. Onde atua hoje?
4. O que entendiam por atenção integral, quando proposta na 8ª Conferencia Nacional de Saúde que foi embrião da Lei 8080/90?

Reflexões para a situação problema:

- Qual o objetivo da inclusão da “atenção integral” como pressuposto do SUS?
- Porque era importante a inclusão deste tema como pressuposto?
- Como aconteceram os debates em torno desse tema?
- Como percebe essa mudança de atenção integral para integralidade?
- Como entende hoje esse pressuposto?
- Qual a importância da integralidade hoje?

Situação Problema:

O entrevistado será convidado a elaborar uma situação problema que deve envolver paciente, serviço em diferentes níveis de complexidade e diferentes disciplinas, ou seja, algo que dê conta do debate sobre o tema da integralidade. Pode ser mais de uma, porém com um limite de 10 linhas aproximadamente.

7.4 APÊNDICE 4



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Mestrado em Saúde Pública

Pesquisa: A Integralidade e seus percursos no SUS: um estudo histórico-epistemológico.

Pesquisadora: Carla Ribeiro

Orientador: Marco Aurélio Da Ros

Roteiro para a entrevista semi-estruturada: para os integrantes do LAPPIS

Identificação:

Nome: _____

Idade: _____ Profissão: _____

Trajatória Preliminar (aquecimento):

1. Onde atuava (fazia) no período da construção do Movimento Sanitário (MS)? (Década de 70/80)
2. Participou do MS?
3. Onde atua hoje?
4. Como vêem a história pregressa da integralidade?
5. Como acontece o LAPPIS e a mudança da expressão “atenção integral “ para “integralidade”?

Reflexões partindo da situação problema:

- Qual o objetivo da inclusão da integralidade como pressuposto do SUS?
- Como entende a integralidade hoje como pressuposto do SUS?
- Como surgiu o termo integralidade?
- Qual a importância da integralidade hoje?
- Como acontecem os debates em torno desse tema?

Situação Problema:

O entrevistado será convidado a elaborar uma situação problema que deve envolver paciente, serviço em diferentes níveis de complexidade e diferentes disciplinas, ou seja, algo que dê conta do debate sobre o tema da integralidade. Pode ser mais de uma, porém com um limite de 10 linhas aproximadamente.

7.5 APÊNDICE 5



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Mestrado em Saúde Pública

Pesquisa: A Integralidade e seus percursos no SUS: um estudo histórico-epistemológico.

Pesquisadora: **Carla Ribeiro**

Orientador: **Marco Aurélio Da Ros**

Roteiro para a entrevista semi-estruturada: para os integrantes do Movimento Sanitário

Identificação:

Nome: _____

Idade: _____ Profissão: _____

Trajatória Preliminar (aquecimento):

1. Onde atuava no período da construção do Movimento Sanitário? (Década de 70/80)
2. Como participou do Movimento Sanitário?
3. Onde atua hoje?
4. O que entendiam por atenção integral, quando proposta na 8ª Conferência Nacional de Saúde que foi embrião da Lei 8080/90?
5. A discussão atual sobre integralidade dá múltiplos sentidos para a mesma. Para você é o mesmo que atenção integral, ou tem um novo sentido atual?

Situação Problema:

O entrevistado será convidado a elaborar uma situação problema que deve envolver paciente, serviço em diferentes níveis de complexidade e diferentes disciplinas, ou seja, algo que dê conta do debate sobre o tema da integralidade.

7.6 APÊNDICE 6



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Mestrado em Saúde Pública

Pesquisa: A Integralidade e seus percursos no SUS: um estudo histórico-epistemológico.

Pesquisadora: **Carla Ribeiro**

Orientador: **Marco Aurélio Da Ros**

Roteiro para a entrevista semi-estruturada: para os integrantes do LAPPIS

Identificação:

Nome: _____

Idade: _____ Profissão: _____

Trajetória preliminar:

1. Onde atuava (fazia) no período da construção do Movimento Sanitário (MS)?
(Década de 70/80)
2. Participou do Movimento Sanitário?
3. Onde atua hoje?
4. A discussão atual sobre integralidade dá múltiplos sentidos para a mesma.
Para você é o mesmo que atenção integral, ou tem um novo sentido atual?
5. Como você vê a trajetória da integralidade?

Situação Problema:

O entrevistado será convidado a elaborar uma situação problema que deve envolver paciente, serviço em diferentes níveis de complexidade e diferentes disciplinas, ou seja, algo que dê conta do debate sobre o tema da integralidade.

8 ANEXO

8.1 ANEXO 1¹²



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO N° 119/07**

I – Identificação

Título do Projeto: “A integralidade e seus percursos no SUS: um estudo histórico-epistemológico”.

Pesquisador Responsável: Prof. Charles Dalcante Tesser (Orientador).

Pesquisador Principal: Carla Ribeiro

Data Coleta dados: junho/2007 a maio/2008.

Local onde a pesquisa será conduzida: Outros – Integrantes do Movimento Sanitário e teóricos q debatem o tema da Integralidade hoje.

II - Objetivos: a) **geral:** analisar os percursos e origens do tema integralidade no início do Movimento Sanitário e na atualidade, além dos significados atribuídos ao termo pelos principais atores sociais Movimento Sanitário e da discussão atual sobre o tema.

III - Sumário do Projeto:

De acordo com os pesquisadores a integralidade tem sido debatida dentro do SUS e a origem desse presupo vem da expressão “atendimento integral”. A proposta deste projeto de pesquisa é de revisitar a história Movimento Sanitário, seguindo os caminhos das diferentes vertentes/movimentos que o constituíram e vertentes das regiões sul e sudeste do Brasil.

Será realizada uma abordagem qualitativa, através de entrevistas semi-estruturadas. Ao final do roteiro entrevistado será convidado a elaborar uma situação problema real ou fictícia que ele usaria para ilustrar significados envolvidos no tema da integralidade.

Os sujeitos a serem convidados a participar da pesquisa, serão representantes das vertentes formativas movimento sanitário e alguns, inclusive, já estão nomeados no projeto, por sua notória atuação pública.

Os dados dos entrevistados permanecerão em sigilo, não permitindo o reconhecimento pelos demais memb da pesquisa.

IV – Comentários frente à Resolução 196/96 CNS e complementares:

O processo contém todos os documentos necessários para sua apreciação. Os objetivos do proj estão de acordo com a metodologia a ser empregada. O projeto tem relevância científica e os currículos profissionais dos pesquisadores atestam sua capacidade para a realização da pesquisa. No entanto, o TC não está de acordo com a Resolução 196/96.

¹² O pesquisador responsável está colocado como Professor Charles Dalcante Tesser, pois o Professor Marco Aurélio Da Ros estava de licença saúde no período em que o projeto foi avaliado pelo comitê de ética da UFSC.

É necessário acrescentar um espaço para que o participante possa assinar o TCLE, pois, conforme consta na Resolução CNS 196/96, em seu item IV, IV.2, este deverá "ser assinado ou identificado por impressão datiloscópica, por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa ou por seus representantes legais; e, ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador". Em seguida, deve constar o consentimento real, onde a sujeito, na primeira pessoa, concorda em participar da pesquisa.

PARECER DO CEP

- aprovado
- não aprovado
- com pendência
- retirado
- aprovado e encaminhado ao CONEP

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por em reunião deste Comitê na data de 28 de maio de 2007.

VI - Parecer final : Tendo sido satisfeitas as pendências, somos de parecer que o presente projeto, assim como o TCLE, sejam aprovados por este Comitê.

- aprovado
- não aprovado
- com pendência
- retirado
- aprovado e encaminhado ao CONEP

Data da Reunião

Florianópolis, 28 de maio de 2007.



Prof. Washington Portela de Souza

Washington Portela de Souza

Coordenador do CEP

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.