



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

RENATA RAMOS SEVERO

O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE

Recife
2012



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

RENATA RAMOS SEVERO

O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Serviço Social sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Brito Arcoverde.

Recife
2012

Catálogo na Fonte

Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

S498p

Severo, Renata Ramos

O Princípio da integralidade na política de saúde / Renata Ramos Severo. - Recife : O Autor, 2012.

110 folhas : il. 30 cm.

Orientador: Prof^ª. Dra. Ana Cristina Brito Arcoverde.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social, 2012.

Inclui bibliografia.

1. Integralidade. 2. Política de saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Determinantes sociais. I. Arcoverde, Ana Cristina Brito (Orientador). II. Título.

362 CDD (22.ed.)

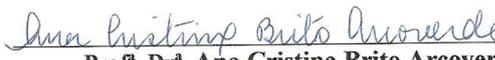
UFPE (CSA 2012 – 049)



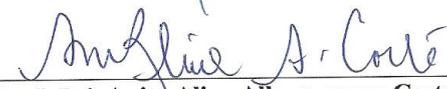
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE MESTRADO

Ata da Defesa de Dissertação do Curso de Mestrado em Serviço Social, realizada no Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco. Às quatorze horas e trinta minutos do dia vinte e cinco de abril do ano de dois mil e doze, na sala C-14 do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco, em sessão pública, teve início a Defesa de Dissertação intitulada: **“O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE”** de autoria da Mestranda **Renata Ramos Severo**, a qual já havia preenchido todas as demais condições exigidas para obtenção do Grau de **Mestre em Serviço Social**. A Banca Examinadora aprovada pelo Colegiado do Curso e homologada pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, processo número **23076.011544/2012-61**, foi constituída pelos seguintes Professores: **Ana Cristina Brito Arcoverde, Doutora em Sociologie**, Orientadora e Examinadora Interna; **Iracema da Silva Frazão, Doutora em Serviço Social**, Examinadora Externa; **Anita Aline Albuquerque Costa, Doutora em Serviço Social**, Examinadora Interna; **Helena Lucia Augusto Chaves, Doutora em Sociologia**, Suplente Externa; **Ana Cristina de Souza Vieira, Doutora em Serviço Social**, Suplente Interna. Na qualidade de Orientadora, a **Dr.^a Ana Cristina Brito Arcoverde** presidiu os trabalhos e após as devidas apresentações, convidou a candidata a discorrer sobre o conteúdo da Dissertação. Concluída a apresentação, a candidata foi arguida pela Banca Examinadora, que após as devidas considerações finalizou os trabalhos e decidiu APROVAR a Dissertação com as seguintes menções: **Dr.^a Ana Cristina Brito Arcoverde: APROVADA**; **Dr.^a Iracema da Silva Frazão: APROVADA**; **Dr.^a Anita Aline Albuquerque Costa: APROVADA**. E para finalizar, lavrei a presente ata que será assinada por mim e por quem de direito. Recife, 25 de abril de 2012.

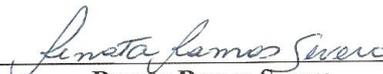
BANCA:


Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Brito Arcoverde


Prof.^a Dr.^a Iracema da Silva Frazão


Prof.^a Dr.^a Anita Aline Albuquerque Costa

MESTRE:


Renata Ramos Severo

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho às/aos
Trabalhadores e usuários da saúde*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo dom da vida, pelo cuidado e proteção e a pela oportunidade de ter permitido que eu chegasse até aqui;

Ao meu esposo, **Ery Araújo**. Pelo apoio, incentivo e participação na minha trajetória acadêmica, você é precioso na minha vida;

Ao meu filho, **Aaron Araújo**, que representa, atualmente, a principal motivação na minha busca por crescimento intelectual e profissional;

À minha mãe, **Olga Severo**, pelo cuidado, carinho e amor incondicional, ao meu lado, em todos os momentos da minha vida;

Ao meu pai, **João Manoel**, responsável pela minha existência e que, apesar de distante, deixou muitas lições de vida;

Aos meus irmãos e irmãs, em especial **Ana Paula, Patrícia e Gustavo** o incentivo e a certeza de sempre poder contar com eles;

A minha sogra, **Elizabete Araújo**, o apoio, carinho e disponibilidade, sempre;

À minha orientadora **profa. Dra. Ana Cristina Arcoverde**, que contribuiu no processo de elaboração desse estudo;

À **professora Dra. Iracema Frazão** pela contribuição no Exame de Qualificação do Projeto e participação neste momento;

A todos(as) **Professores(as) do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social**, pela competência e compromisso com que realizam a tarefa pedagógica. Em especial à **Dra. Valdilene Vianna**, pelo incentivo ao ingresso no Mestrado – através da ministração da disciplina Tópicos Especiais em Saúde; e a querida **Anita Aline**, pelos “puxões de orelha”, apoio e participação sempre tão necessários ao processo de aprendizagem;

As minhas amigas de turma, pela convivência e contribuições através dos debates e questionamentos pertinentes, em especial **Dani, Tanany, Isa e Fernanda**.

As minhas colegas assistentes sociais do Hospital das Clínicas em especial, **Ilka Perusso, Marcelle Nogueira e Delaine Melo** pelas muitas provocações, questionamentos e disponibilidade para contribuir no processo de construção deste estudo;

Aos **usuários do SUS** que através de suas demandas nos impulsionam à pesquisa e ao aprimoramento profissional;

Enfim, como agradecer nem sempre é tarefa simples, visto que se corre o risco de esquecer alguém muito importante e na maioria das vezes as palavras não são suficientes para expressar o profundo sentimento de gratidão que permeia nossa mente, gostaria de agradecer a **todos** que contribuíram, direta ou indiretamente, para a conclusão deste estudo.

"[...] sejamos realistas e utópicos, enraizados no concreto e abertos ao possível ainda não ensaiado, andando no vale, mas tendo os olhos nas montanhas [...] se não buscarmos o impossível, jamais conseguiremos o possível [...]".

Leonardo Boff

RESUMO

A presente dissertação analisa a apropriação do princípio da integralidade na Política de Saúde. A integralidade ao lado da universalidade e equidade constituem-se como princípios doutrinários que norteiam a política e se referem ao sistema de saúde que se deseja conformar. Um ideal a ser alcançado. No plano teórico a integralidade vincula-se ao contexto sócio histórico da política de saúde e de sua interface com as demais políticas setoriais, estando relacionado à multiplicidade de fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Para empreender nossa análise partimos do entendimento do princípio como um dos pilares da política de saúde no âmbito do conjunto das políticas sociais – constituídas no Estado capitalista como resposta as demandas da população a partir da relação contraditória estabelecida entre Estado e sociedade. Discutimos a saúde como expressão da questão social e apontamos os desafios que se colocam para a efetivação da integralidade. Aproximamo-nos da definição do princípio no marco jurídico brasileiro e dos diferentes aspectos dos usos e dimensões de integralidade – objeto de reflexão teórico conceitual de estudiosos do tema. Utilizamos a metodologia qualitativa e a análise de conteúdo para analisar a apropriação do princípio nos documentos. Escolhemos documentos representativos da política quais sejam: os relatórios da 12^a e 13^a Conferência Nacional de Saúde, realizadas em 2003 e 2008, respectivamente, visto que são resultados de amplas discussões coletivas, e o Plano Estadual de Saúde de Pernambuco (PES/PE) 2008-2012, enquanto instrumento de gestão. Interessou-nos desvelar como o princípio da Integralidade vem sendo apropriado nesses documentos que são construídos com a participação dos diferentes sujeitos responsáveis pela execução da política: os gestores, os profissionais e os usuários. Os resultados demonstram que no âmbito da discussão e propostas ocorridas nas Conferências, enquanto espaços de controle social, assim como nos componentes do PES/PE – instrumento de planejamento e gestão, a integralidade é mencionada enquanto princípio basilar da política de saúde e como elemento de retórica. Para a sua efetivação a articulação é apresentada como elemento chave entre: ações e serviços, esferas governamentais, níveis de atenção e para o desenvolvimento do trabalho das equipes multiprofissionais. Entretanto, na composição dos documentos evidencia-se o caráter fragmentado e focalizado da política, principalmente, quando reforçam a elaboração de políticas específicas voltadas a grupos vulneráveis, o que rompe com a totalidade do entendimento em torno do processo saúde-doença. Assim, a apropriação da integralidade na política de saúde pensada em seus múltiplos aspectos e contextos – político, social e econômico – de modo a ser alcançado de forma mais completa possível, ainda constitui-se num desafio.

Palavras-chave: Integralidade, Determinantes Sociais, Política de Saúde, SUS

ABSTRACT

This dissertation analyzes the appropriation of the principle of integrality in Health Policy. The integrality, in conjunction of the universality and equity, is one of the principles that guide the health policy and refers to the health system that we want constructed. An ideal to be achieved. In theoretical plane the integrality is linked to the social and history context of health policy and its interface with other sectoral policies, being related to the multiplicity of the factors that determine and condition of the health-sickness process. To develop our analysis we start from the understanding of the principle of the integrality as a pillar of health policy in the group larger of the other social policies - constituted in the capitalist state as a response to the demands of the population from the contradictory relationship established between state and society. We discuss health as an expression of social question and we point out the challenges for the realization of integrality. We approach the definition of the principle in the Brazilian legal framework and the different aspects of the uses and dimensions of integrality - the object of theoretical-conceptual reflection of researchers of the subject. We used the qualitative methodology and the content analysis to examine the appropriation of the principle in the documents. We chose the representative documents of the policy, they are: the reports of the 12th and 13th National Conference of the Health, realized in 2003 and 2008, respectively, since they are results of extensive collective discussion, and the State Plan of Health of the Pernambuco (PES / PE) from 2008 to 2012, as a management tool. We are interested in uncovering how the principle of integrality has been appropriate in these documents that are built with the participation of different subjects responsible for policy execution: managers, professionals and users. The results demonstrate that in scope of the discussion and proposals that have occurred in the Conferences, as spaces of social control, as well as the components of the PES/PE - tool for planning and management, the integrality is mentioned as a fundamental principle of health policy and as an element of rhetoric. For its effectiveness, is necessary the articulation between this following elements: actions and services, government levels, levels of care and to the development of the work of multidisciplinary teams. However, in the composition of the documents becomes evident the fragmented and focused character of the politics, especially when reinforced the policies aimed at specific vulnerable groups, breaking with the full understanding about the health-sickness process. So, analyze the appropriation of the integrality in health policy thought in its various aspects and contexts: political, social and economic, for to be achieved in the fullest extent possible, still constitutes a challenge.

Keywords: Integrality, Social Determinants, Health Policy, SUS

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01: O Princípio da Integralidade no Marco Legal

QUADRO 02: As Conferências Nacionais de Saúde – temas

QUADRO 03: Classificações de Análises

QUADRO 04: Estruturação do Plano Estadual de Saúde – Componentes Prioritários

LISTA DE SIGLAS

AIS	– Ações Integradas de Saúde
CAPad	– Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS	– Centro de Atenção Psicossocial
CEO	– Centro Especialidade Odontológica
CNS	– Conferência Nacional de Saúde
CONASS	– Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	– Colegiado de Secretários Municipais de Saúde
DST	– Doença Sexualmente Transmissível
ESF	– Estratégia Saúde da Família
IDH	– Índice de Desenvolvimento Humano
LAPPIS	– Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde
LGBTT	– Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros transexuais
LOAS	– Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	– Lei Orgânica da Saúde
MRSB	– Movimento de Reforma Sanitária Brasileira
NOAS	– Norma Operacional de Assistência Social
NOB	– Norma Operacional Básica
OMS	– Organização Mundial da Saúde
OPAS	– Organização Pan-Americana da Saúde
OSCIP	– Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS	– Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	– Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PDI	– Plano Diretor de Investimento
PDR	– Plano Diretor de Regionalização
PNAS	– Política Nacional de Assistência Social
PNI	– Programa Nacional de Imunização
PNPS	– Política Nacional de Promoção a Saúde
PPI	– Programação Pactuada e Integrada
PSF	– Programa Saúde da Família
SES	– Secretaria Estadual de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO 1	
A POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO CAPITALISTA, SAÚDE COMO EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL E OS DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DA INTEGRALIDADE.....	19
1.1 – A política de saúde no Estado capitalista.....	20
1.2 – A saúde como expressão da questão social.....	28
1.2 – Desafios ao princípio integralidade.....	36
CAPÍTULO 2	
O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE E SAÚDE.....	42
2.1 – Integralidade na atenção a saúde.....	42
2.2 – A integralidade na atenção a saúde no marco jurídico brasileiro.....	46
2.3 – Integralidade como objeto de reflexão teórico conceitual: definições e aspectos do princípio.....	51
2.3.1 – Integralidade: polissemia, polifonia e objeto de constante construção.....	51
2.3.2 – Integralidade: “Imagem Objetivo”, “Dificuldade” e “Potencialidade”.....	52
2.3.3 – Organização da política e integralidade: articulação entre prevenção e Assistência.....	53
2.3.4 – Organização da política e integralidade:articulação entre políticas setoriais – intersetorialidade.....	55
2.3.5 – Organização da política e integralidade: resposta a problemas específicos de saúde.....	56
2.3.6 – Exercício profissional e integralidade a prática da medicina.....	58

2.3.7 – Exercício profissional e integralidade – o trabalho em equipe.....	59
--	----

CAPÍTULO 3

A APROPRIAÇÃO DO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE.....	64
3.1 – Critérios para a escolha dos documentos.....	67
3.2 – A armatura metodológica para a análise da apropriação do princípio da integralidade na política de saúde.....	69
3.2.1 – O princípio da integralidade na 12ª e 13ª Conferência Nacional de Saúde.....	72
3.2.2 – O princípio da Integralidade no Plano Estadual de Saúde de Pernambuco (PES/PE – 2008/2011).....	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS.....	105

INTRODUÇÃO

A discussão sobre a integralidade na política de saúde é um tema caro e necessário por se tratar de um dos pilares sobre os quais a saúde se assenta, mas, sobretudo por tratar da operacionalização de seus cuidados e serviços. É um princípio da política publicado na Lei Orgânica de Saúde (LOS) em 1990 que, embora não esteja presente no conjunto das políticas sociais, pode ser encontrado no âmbito da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e de políticas específicas, a exemplo do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) e da Política de DST/AIDS, que na década de 1980, estiveram pautadas pelo princípio da integralidade¹.

A integralidade, ao lado da universalidade e equidade, constituem-se como princípios doutrinários que norteiam a Política de Saúde e são definidos por Teixeira (2011) como “princípios finalísticos” da Política por se referirem ao Sistema de Saúde que se deseja conformar, um ideal a ser alcançado. Tais princípios estão relacionados aos “princípios estratégicos” que dizem respeito a diretrizes políticas organizativas e operacionais que definem o “como” deve vir a ser o sistema que se pretende construir e conformar, são eles: a Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação Social.

Apesar de não pretendermos no âmbito desse estudo caracterizar o debate em torno desses princípios, vale ressaltar que o princípio da integralidade se articula tanto aos demais princípios finalísticos como aos princípios operacionais e não se materializa sem que os mesmos se efetivem. Não se pode pensar a integralidade, sem que se tenha acesso aos serviços, ou sem que se reconheçam as desigualdades geradas por necessidades específicas, isto é, sem considerar o princípio da equidade. Tampouco a integralidade se materializa sem que os processos de descentralização, regionalização, hierarquização e participação social se realizem (TEXEIRA, 2011).

A integralidade refere-se a um princípio da política e mantém relação direta com a forma de se compreender a saúde. O processo de discussão em torno do

¹ A este respeito Mattos (2004) destaca o seguinte: [...] A política da mulher, por exemplo, teve nos anos 80 um Grande avanço na Integralidade quando se recusou pensar a mulher exclusivamente como mãe. Isso permitiu perceber a mulher como um ser humano e com especificidades de gênero inerentes à nossa cultura. Houve limites para desenvolver a Integralidade plenamente no campo das políticas, mas já temos algumas conquistas derivadas dessa luta.

tema vincula-se ao conceito de saúde e, historicamente, às tensões advindas do modo fragmentado da atenção sanitária (COSTA, 2004). A integralidade surge como contraposição ao modo fragmentado de cuidado sanitário.

Sabemos que a saúde pode ser entendida de maneira mais focalizada, na perspectiva centrada em fatores biomédicos, ou em uma dimensão mais ampla a partir das condições ou situações de saúde que podem resultar de construções individuais e coletivas do homem e da interação que ele estabelece com o meio. A saúde individual e coletiva é resultado de fatores biológicos individuais, de aspectos psíquicos, sociais e culturais. As relações que são estabelecidas com o meio são determinadas pela forma de organização da sociedade, de como tal sociedade determina a relação com o trabalho e com a natureza (RIBEIRO, 2008).

Contudo, apesar desse entendimento o que se vê em muitas práticas, atualmente, é que travestido de um discurso da atenção à saúde baseado na “integralidade” são reproduzidas formas de cuidados e serviços em saúde que continuam a se realizar de forma fracionada sem articulação com ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência. Tais práticas muitas vezes são efetuadas por diferentes especialidades que se realizam como uma soma de partes, sem a dimensão da totalidade da realidade dos sujeitos e dos processos sociais políticos e econômicos nos quais se inserem, distanciadas dos determinantes e condicionantes de saúde e da relação que estabelece com o processo saúde-doença.

Daí se derivam as distintas perspectivas de materialização do cuidado, diferentes modelos de gestão sanitária e/ou de sistemas de saúde, modificações na elaboração do planejamento das ações e serviços e distintas direções nas práticas profissionais.

Nesse contexto, como definir então o que vem a ser integralidade na política de saúde? Como a integralidade é apropriada pelo marco jurídico brasileiro? Como atualmente é apropriada em documentos da política? Essa apropriação de integralidade se aproxima da perspectiva de se romper com a fragmentação das ações e serviços de saúde e com a fragmentação nas práticas profissionais? Qual a fundamentação teórica desse debate? Esses foram alguns questionamentos que

surgiram a partir da realidade vivenciada no cotidiano de um Hospital Universitário² no qual atuamos como profissional.

No cotidiano profissional em unidade hospitalar, pudemos observar que apesar de essencial ao desenvolvimento das ações e cuidados de saúde, a integralidade assume diferentes conteúdos e perspectivas que reflete diretamente na condução das práticas profissionais, e na condução da saúde enquanto direito. As múltiplas manifestações do processo saúde-doença demandam a materialização da integralidade na atenção, no cuidado e nas respostas às necessidades apresentadas pelos usuários do serviço. Contudo, há limites para a efetivação desse princípio, que numa perspectiva focalizada, encontra-se perpassado pela polissemia em sua definição, pela base da formação dos profissionais de saúde – baseada na fragmentação e disciplinaridade do conhecimento e pelo modelo de gestão adotado. Porém, num sentido mais amplo, refere-se ao modo de estruturação da sociedade capitalista pautada no lucro e nos interesses de uma classe hegemônica que imprime, desde a gênese da política de saúde no Brasil, seus interesses.

A integralidade compreende a sistematização do conjunto de práticas realizadas e construídas por diferentes áreas do conhecimento para o atendimento de necessidades em saúde. Nesse sentido, Cecílio (2001) traz reflexões segundo quatro conjuntos de necessidades. O primeiro refere-se a se ter “boas condições de vida”. O segundo conjunto de necessidades diz respeito ao acesso e possibilidade de consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida. O terceiro corresponde à insubstituível **criação** de vínculos (a)efetivos entre usuário e uma equipe e/ou um profissional, e o quarto conjunto de necessidades constitui-se no desenvolvimento de graus crescentes de autonomia no modo de andar a vida.

A proposta de integralidade baseada no atendimento a esses conjuntos de necessidades para toda a população, a nosso ver, aproxima-se de uma perspectiva de saúde ampliada, considerada a partir de seus determinantes e condicionantes

² Trata-se de uma unidade de atendimento que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS) que realiza, prioritariamente, serviços e procedimentos de alta complexidade, podendo agregar instrumentos de alta densidade tecnológica. Reúne entre os serviços de referências - tratamentos que exigem a atenção de diferentes áreas de conhecimento, distintas especialidades, acompanhamento por equipe multiprofissional, bem como articulação com outras políticas setoriais.

sociais, que inclui a materialização de outras políticas públicas, a reelaboração de práticas e saberes relacionadas a processos de trabalho, gestão e planejamento das ações e cuidados de saúde. Contudo, reconhecemos os limites de efetivação dessa perspectiva de integralidade da atenção à saúde, partindo da compreensão da realidade de que a política de saúde bem como as demais políticas sociais se originam, a partir das contradições presentes no contexto de uma sociedade capitalista.

A amplitude do tema levou-nos a delimitar nossa análise ao entendimento acerca da apropriação do princípio na política de saúde a partir de documentos recentes e que trouxessem o resultado de discussões realizadas por distintos sujeitos sociais. Assim, na armadura metodológica para análise dos documentos, nos utilizamos da pesquisa qualitativa e a técnica da análise conteúdo buscando analisar o conteúdo da abordagem do princípio da integralidade nos Relatórios da 12ª e 13ª Conferência Nacional de Saúde e no Plano Estadual de Saúde de Pernambuco (PES/PE – 2008/2011). Como critérios de escolha dos documentos consideramos o caráter avaliativo inerente ao espaço da conferência, bem como o objetivo desse espaço legítimo de discussão coletiva em propor diretrizes para a política de saúde no país. Quanto ao PES/PE, levamos em conta o caráter de instrumento de planejamento e gestão para a política de saúde no Estado.

Para facilitar o processo de análise adotamos os seguintes *procedimentos*: 1) breve contextualização histórica no qual foi produzido o documento; 2) observação da lógica e estrutura interna da elaboração do documento 3) seleção de trechos que referem o princípio da integralidade ou a aspectos a ele relacionados; 4) leitura e análise dos trechos selecionados considerando os elementos do contexto em que o princípio da integralidade foi colocado; 4) agrupamento em cada documento dos sentidos em que o princípio da integralidade foi utilizado por meio da elaboração das classificações dos dados (MINAYO, 2004).

Na análise dos relatórios construímos quadros para classificações dos usos e dimensões do princípio que emergiram do texto, destacando a palavra integralidade e os aspectos a ela relacionados, segundo a reflexão teórica sobre o tema. No PES/PE buscamos analisar o conteúdo a partir de dois componentes de estruturação do Plano, que apresentaram informações significativas em relação aos

aspectos do princípio da integralidade, quais sejam: *Análise Situacional do Estado e Objetivos, Diretrizes e Metas*. Para a apresentação das análises realizadas destacamos trechos dos documentos, buscamos enfatizar a apropriação dada ao princípio nos documentos.

Entendemos ser essa proposta de investigação relevante, uma vez que trará contribuições para o aprofundamento do tema da integralidade no campo da saúde, sobretudo, pela complexidade das demandas apresentadas no contexto em que se situa esta política, atualmente. Para o serviço social, a discussão ganha relevância, considerando que a ação do assistente social vincula-se à execução das políticas sob a égide da garantia de direito e por ser a saúde um campo de trabalho com significativa representação profissional dessa categoria.

A apresentação do conjunto de nossa análise está estruturada, inicialmente, pela discussão da política de saúde no Estado capitalista, da saúde como expressão da questão social e dos desafios ao princípio da integralidade. Em seguida buscamos desvelar a integralidade na atenção sanitária, a partir, da inter-relação com a visão ampliada de saúde e da noção de integralidade construída a partir das discussões no contexto internacional. Aproximamo-nos da definição do termo no marco jurídico brasileiro e do debate teórico-conceitual de estudiosos do tema. Para então, apresentar as análises dos documentos e a apropriação dada ao princípio relatórios das conferências e no Plano Estadual de Saúde de Pernambuco (PES/PE).

Por fim, realizamos as análises em relação aos nossos objetivos de pesquisa em se que ratifica a necessidade de discussão e aprofundamento acerca do princípio da integralidade na atenção a saúde, dada a necessidade de superação da fragmentação no sistema de saúde, a focalização das ações nos grupos vulneráveis e o esvaziamento da discussão política em torno das condições sanitárias.

CAPÍTULO 1:

A POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO CAPITALISTA, SAÚDE COMO EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL E OS DESAFIOS AO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE.

Neste capítulo discutiremos a integralidade, como um dos princípios da política de saúde fundamentais ao atendimento e construção de respostas às necessidades geradas pelo processo de saúde-doença, compreendido a partir dos determinantes sociais da saúde, das relações sociais que os homens estabelecem entre si e com a natureza num determinado tempo histórico (LAURELL, 1983). Nesse sentido, situaremos a discussão a partir da constituição da política de saúde no Estado capitalista que, inserida no conjunto mais amplo das políticas sociais, resulta da relação contraditória entre Estado e Sociedade frente às necessidades do processo de produção e reprodução do capital, bem como das reivindicações da classe trabalhadora.

O norte do debate é construído pela perspectiva de análise que aponta a política de saúde no bojo das políticas sociais condicionadas pelas características políticas e econômicas do Estado. Nesse sentido, acompanhamos o pensamento de (CHIACHIO, 2006, p.13 apud YAZBEK, 2010, p. 04), quando aponta

As teorias explicativas sobre a política social não dissociam em sua análise a forma como se constitui a sociedade capitalista e os conflitos e contradições que decorrem do processo de acumulação, nem as formas pelas quais as sociedades organizam respostas para enfrentar as questões geradas pelas desigualdades sociais, econômicas, culturais e políticas.

Debater o princípio da integralidade no contexto da política social no Estado capitalista requer aproximar-se da discussão acerca da saúde como direito a ser garantido, prioritariamente pela ação do Estado – concebido a partir da relação de forças e como arena de conflitos. Implica ainda tratar a questão social como referência para o desenvolvimento das políticas sociais, situando-as como campo de disputas, de confronto de interesses de grupos e classes sociais. Em tal sentido, é compreender a precarização das condições de saúde como expressão da questão

social mediada pelo Estado que a incorpora na agenda pública de forma contraditória com vista a dar resposta às necessidades da população e, ao mesmo tempo atender aos interesses da burguesia.

É no contexto das contradições inerentes à mediação política pelo Estado que a integralidade enquanto um dos princípios da política de saúde enfrenta desafios para sua efetivação e é discutida neste trabalho para além do entendimento de articulação entre esferas de gestão, ações e serviço de promoção, prevenção e recuperação ou entre níveis de atenção. Acompanhamos Cecílio (2001) quando afirma que esse princípio estabelece nexos internos com determinações que se relacionam, entre outras questões; ao conjunto mais amplo de necessidades sociais gerados pelo modo de vida das pessoas, à organização do processo de trabalho, à gestão e planejamento, e à construção de novos saberes e práticas em saúde.

Assim, partimos do entendimento de que para analisarmos a apropriação do princípio da integralidade na política de saúde não se pode prescindir da visão de mundo pautada na totalidade dos processos e nas contradições inerentes a constituição das políticas sociais na sociedade capitalista.

1.1 – A política de saúde no Estado capitalista.

Nos marcos de desenvolvimento das políticas sociais na sociedade capitalista, particularizaremos a política de saúde, sua origem e bases constitutivas no Brasil, em que a mesma adquire status de direito social na Constituição Federal de 1988.

Com a Carta Magna de 1988, a saúde passa a compor o tripé da seguridade social, juntamente com a previdência e assistência social. A inserção na seguridade social aponta para o caráter de proteção social da saúde que ao lado de outras políticas objetivam assegurar direitos e condições dignas de vida.

A política de saúde é universal, não contributiva e propõe a garantia do acesso de forma igualitária, equânime e integral realizada, prioritariamente, pela

ação do Estado. É regulamentada por legislação ordinária em 1990 e preconiza ao indivíduo e à coletividade tudo aquilo que possa ser considerado essencial para a satisfação de sua saúde em sentido ampliado: moradia, trabalho, renda, lazer, etc.

Enquanto país de capitalismo periférico, o Brasil não conheceu em relação às políticas de proteção social o Estado de Bem Estar³ vivenciado pela Europa. Contudo, incorporou ao sistema de proteção social brasileiro princípios de dois modelos de proteção social europeus: o modelo bismarckiano alemão – baseado em seguro privado – em que os direitos e os benefícios quase que, exclusivamente, são condicionados a contribuições prévias, como é a nossa previdência social. O modelo Beveridgeano inglês em que os direitos têm caráter universal, destinados a todos os cidadãos incondicionalmente, ou submetidos a condições de ausência de recursos, ou em condição de necessidades, garantindo-se mínimos sociais – como é a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e da assistência social, respectivamente. (BOSCHETTI, 2009, p. 324).

Em sua concepção ampliada, a saúde em conjunto com as demais políticas sociais requer a responsabilização do Estado brasileiro na estruturação de políticas que envolvam ações e serviços para além do sistema de saúde, uma vez que as necessidades de saúde nem sempre constituem objeto da ação direta dessa política e mantém relação com a incorporação dos setores social e econômico.

Além de prever o acesso universal e igualitário como dever do Estado, os determinantes das condições de vida incorporados ao texto constitucional articulam dois setores: o social e o econômico. Ultrapassam uma visão de direito e política social, que tem prevalecido no país, de se pensar a distribuição de bens e serviços autonomizada em relação à esfera de produção (MIOTO e NOGUEIRA, 2008, p.223).

O processo de intervenção do Estado contemporâneo em diferentes setores da vida econômica e social, representado pelas chamadas políticas públicas foi

³ Embora a arquitetura da seguridade brasileira pós -1988 não tenha a orientação e o conteúdo daquelas que conformam o Estado de Bem Estar nos países desenvolvidos, as características excludentes do mercado de trabalho, o grau de pauperização, o nível de concentração de renda e as fragilidades do processo de publicização do Estado permitem afirmar que no Brasil a adoção de concepção de seguridade social não se traduziu objetivamente numa universalização dos benefícios sociais. Mesmo assim as fragilidades existentes também não são suficientes para negar que os trabalhadores brasileiros a partir dos anos de 1980, adquiriram novos direitos, ampliaram o acesso a serviços públicos não mercantis, usufruíram do alargamento da oferta de benefícios, como os da assistência social e da saúde, dentre outros (MOTA, 2004, p.04-05).

construído por meio do processo histórico concreto de sua emergência e implantação e adquiriu particularidades no Estado capitalista. Isso significa que, no contexto de uma sociedade capitalista, as políticas sociais surgem como um instrumento fundamental de respostas às demandas sociais através da relação Estado/Sociedade.

As respostas para o atendimento às necessidades dos sujeitos nas distintas conjunturas ocorrem a partir das “relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e lutas de classes que envolvem o processo de produção e reprodução social no capitalismo” (BEHRING, 2009, p.36).

Essa concepção não admite compreender as políticas sociais como iniciativas exclusivas do Estado para dar respostas aos reclamos da sociedade e basear sua existência em função da luta e pressão da classe trabalhadora, ou serem construídas de modo a não interferir na hegemonia da classe dominante.

As políticas sociais assumem posições variadas: no âmbito econômico, por exemplo, a política social é apresentada como possibilidade de diminuir custos da reprodução da força de trabalho e elevar a produtividade, bem como manter o equilíbrio entre demanda e consumo nas épocas de crise. No âmbito político, podem ser reconhecidas como meio de cooptação e legitimação da ordem capitalista, pela adesão dos trabalhadores ao sistema (ibidem, p. 37).

Trata-se, segundo Escorel (1989) de determinações contraditórias e simultâneas decorrentes de necessidades do capital e do trabalho que no marco das formações sociais de classe lida sempre com interesses opostos. Dessa forma seus impactos segundo Pereira (2008)

Não produzem invariavelmente a melhoria das condições humanas, especialmente das camadas mais pobres. Para que isso aconteça de alguma forma há que existir contínuo controle das parcelas organizadas da sociedade sobre atos e ações dos governos, bem como sobre demandas ou imposições do capital, que também são acatadas e processadas pelo Estado (p. 28).

Em se tratando da política de saúde, especificamente, das condições sob as quais se desenvolveram no contexto da sociedade capitalista, a história vai demonstrar que muitas das doenças, mortes e agravos da população estavam

relacionadas às péssimas condições de vida da classe trabalhadora, isto é, ao processo de expropriação, de industrialização e de urbanização, expressando-se nas condições insalubres das fábricas e nas ruas, provocando epidemias e endemias nunca vistas anteriormente (COSTA, 2010).

Nesse contexto, tornou-se necessário o desenvolvimento de meios para prevenção e proteção a saúde pública os quais apareciam vinculados a um conjunto de medidas voltadas para assegurar o aumento da produtividade no trabalho. Segundo Costa (2010).

Ao se vincular a necessidade do aumento da produtividade do trabalho, no contexto da sociedade capitalista, em sua essência, o conjunto das políticas de proteção à saúde, embora partindo das reivindicações da classe trabalhadora, se faz guiada por imperativos da ordem econômica e da racionalidade do capital (p.51).

A conformação das políticas sociais no Brasil, entre elas a política de saúde, estão relacionadas, de forma semelhante ao restante dos países industrializados, à pressão da classe trabalhadora no período em que o país vivia o pleno processo de industrialização.

O surgimento da classe operária e dos sindicatos enquanto instrumento de poder político passou a reivindicar melhores condições de vida e trabalho, bem como melhores condições sanitárias e ampliação de serviços de saúde, entre outros, bem como impulsionou o Estado brasileiro a incorporar algumas reivindicações da luta dos trabalhadores em suas agendas políticas e programas governamentais. (YASBEK, 2010).

Nesse sentido o Estado representa o lugar de encontro e expressão de classes, e busca, contraditoriamente, zelar pelos interesses das classes dominantes e, ao mesmo tempo criar formas de acatar, incorporar interesses das classes dominadas, a fim de mantê-las afastadas do poder. Ou seja, a capacidade do Estado de se relacionar com todas as classes, por meio do poder público, possibilita o exercício do controle político e ideológico sobre elas (PEREIRA, 2008, p.290).

Para Behring e Boschetti (2009), a natureza e papel do Estado no capitalismo e a mediação que realiza através das políticas sociais para o atendimento de necessidades, mesmo com a função de reduzir as injustiças e desigualdades sociais, podem reproduzir a exclusão de grandes parcelas da população, dada as

contradições que constituem a natureza das políticas. Isto é contraditório na medida em que as políticas pretendem atender, tanto os interesses do capital como as necessidades da classe trabalhadora.

A trajetória da Política de saúde no Brasil demonstra que o acesso das classes trabalhadoras a essa política e às demais políticas sociais ocorre de forma fragmentada e focalizada, estando relacionada aos segmentos mais organizados politicamente e situados nos processos produtivos mais importantes para o capital (SOARES, 2010).

O setor saúde, no início das proposições de atenção às demandas sociais, esteve organizado em dois subsetores: o da saúde pública e o da medicina previdenciária. As ações da saúde pública com ênfase em campanhas sanitárias, na interiorização das ações para área de endemias rurais e criação de serviços de combate às endemias, foi predominante até 1960. A medicina previdenciária garantia acesso e assistência a grupos de trabalhadores com vínculo trabalhista. A saúde pública vai sofrer um declínio em 1966, tendo em vista o crescimento da medicina previdenciária após reestruturação do setor previdenciário. A dicotomia saúde pública e saúde curativa permaneceu de forma acentuada, sendo dada pouca importância às medidas de atenção coletiva à saúde da população (BRAVO, 2006).

No período ditatorial que compreende os anos de 1964 a 1974, a política de saúde desenvolveu-se privilegiando o setor privado. O Estado passa a fazer uso da repressão junto aos grupos de resistência ao regime ditatorial, sendo a política social instrumento de apaziguamento e controle das massas populares. Há o privilegiamento da assistência médica previdenciária em detrimento da saúde pública, que foi relegada a ações mais pontuais e fragmentadas, com pouquíssimos recursos, num movimento de priorização do mercado privado.

Nesse contexto, cresce o processo de pauperização da classe trabalhadora, agudizam-se os processos de desigualdades sociais, e as dificuldades advindas do setor saúde. Há uma gradativa perda da legitimidade do regime autoritário que emerge a partir da tensão entre Estado e demandas sociais. A intervenção estatal sobre a questão social representou uma crise diante da omissão ou inoperância desse Estado frente às problemáticas sociais.

Dessa forma, a crítica sobre a situação de saúde, forma de acesso aos serviços e operacionalização das ações de atenção e cuidados ganha força, visto

que a saúde pautava-se no acesso restrito para uma parcela privilegiada da população e, para a maioria da população, os cuidados em saúde ocorriam de forma precária realizada pelas Santas Casas de Misericórdia, por Hospitais ligados às universidades ou a partir das ações de particulares.

De forma contra-hegemônica o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) composto por diversos segmentos da sociedade, desde os que defendiam uma nova ordem societária, de base emancipatória humana, até os que defendiam um melhoramento da ordem burguesa, com bandeiras de luta da social-democracia, colocava como bandeiras de luta a concepção ampliada de saúde que não se restringisse ao corpo e ao indivíduo.

O MRSB apresenta como proposição, a saúde, como direito universal e organização de um sistema público estatal, de modo a conter o crescimento desmedido da assistência privada que só fortalecia a exclusão e tornava dispendiosa a continuidade dessa prestação de serviço devido aos altos custos, tanto para o Estado quanto para o usuário.

Verifica-se assim que, no pós 1974, o amplo debate político sobre a questão saúde alicerçado na produção teórica da medicina social brasileira e articulado as ações do MRSB contribuiu para o enfraquecimento e a queda da ditadura militar e a transição para a abertura democrática o que permitiu uma trajetória de avanços singulares à organização do setor saúde (INOJOSA, 2001). Para Mota (2004)

A despeito das iniciativas realizadas nos anos 40, é somente a partir dos anos 80 que a sociedade brasileira ensaia a institucionalização e constitucionalização dos primeiros passos em prol do exercício da cidadania, de formas de democracia, da constitucionalização de novos direitos sociais, trabalhistas e políticos (p. 66).

A Constituição foi construída por uma sociedade com sede de participação, ao emergir da ditadura militar. O setor saúde chegou à Constituinte com a proposta mais discutida, legitimada e completa e que continha o ideário do movimento sanitário com as diretrizes nossas conhecidas: direito universal e igualitário à saúde e a criação do SUS (RADIS, 2006, p.72), cujos objetivos se assentam na identificação de condicionantes e determinantes de saúde, na organização da política de forma a promover a saúde como direito fundamental do ser humano e na assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e

recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (Lei nº 8.080, de 19.09.90).

Vale ressaltar que esse momento foi antecedido pela 8ª Conferência Nacional de Saúde que contemplou como eixos de discussão: *Saúde como direito de cidadania, Reformulação do Sistema Nacional e Financiamento setorial*, evidenciando as necessidades e demandas da população, à época.

É importante considerar que mesmo tendo colocado a saúde na Constituição enquanto direito de todos e dever do Estado, a política enfrenta dificuldades para o atendimento e a resposta às demandas sociais. São os dilemas do instituído e do instituinte, colocado por Fleury (2009) quando se refere aos ideais de saúde trazidos pelo MRSB

O paradoxo da reforma sanitária brasileira é que seu êxito, ainda que em condições adversas e parciais, terminou por, ao transformá-la em política pública, reduzir a capacidade de ruptura, inovação e construção de uma nova correlação de forças desde a sociedade civil organizada. Em outras palavras, o instituído se impôs ao instituinte, reduzindo o caráter libertário e transformador da reforma (p.751).

Para Campos (2007) a política pública de saúde traz em sua constituição a ideia de inclusão social, um projeto alternativo de sociedade para que seja mais justa, igualitária, solidária. Contudo essa política, desde a sua implementação, tem sofrido fortemente os impactos das orientações neoliberais.

A materialização da política, nesse contexto, ancorada em princípios como universalidade, integralidade, participação e equidade, realiza-se enquanto processo, como uma reforma social que apresenta avanços e recuos, visto que a saúde, enquanto política pública de Estado, foi criada num contexto capitalista adverso, em que sua implantação se iniciou no final dos anos 1980 e se alargou na década de 1990, paralelamente ao fortalecimento do neoliberalismo, que aponta uma perspectiva restrita do papel do Estado e de justiça social.

O avanço das políticas de cunho neoliberal no Brasil apresenta o redirecionamento do papel do Estado que ocorre a partir da chamada reforma ou contrarreforma do Estado, que, em conjunto com a reforma constitucional (mais

voltada para o setor da previdência), tinha o intuito de desmontar a seguridade social brasileira.

Para Yazbek (2010) por meio do desenvolvimento de uma política conservadora, o ideário neoliberal erodiu as bases dos sistemas de proteção social e redirecionou as intervenções do Estado no âmbito da produção e distribuição da riqueza social. Houve por parte do Estado a prevalência de políticas de inserção focalizadas e seletivas para as populações mais pobres, em detrimento de políticas universalizadas para a população.

A proposta neoliberal é reconhecida como uma contrarreforma no Estado, visto que tem como objetivo redirecionar o papel estatal, desviando-o de suas funções básicas ao passo que expandia sua presença no setor produtivo. Conforme Bravo (2008)

O seu Plano Diretor considera que há o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade (p.100).

Nesse sentido, o Estado passa de responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social a regulador e promotor, repassando para o setor privado suas atividades. A política de saúde, a exemplo das demais políticas sociais, neste contexto, atacada pelos ajustes e reducionismos impostos pelo mercado segue sofrendo com o descumprimento dos preceitos constitucionais, com o desrespeito dos princípios básicos do SUS, com os problemas orçamentários e com a prioridade da assistência médico-hospitalar em prejuízo das ações de promoção e prevenção.

O ideário neoliberal no Brasil e no mundo, com seu caráter regressivo, contrarreformista e contrarrevolucionário, impulsiona uma profunda insegurança para a vida das populações, com a perspectiva do desemprego estrutural apontada para grandes parcelas dos trabalhadores, com as transformações no mundo do trabalho, com a mundialização do capital e a refuncionalização do Estado, em que gera a desregulamentação de direitos e o corte dos gastos públicos na área social (BEHRING, 2009).

Nesse contexto, o grande desafio que se estabelece, na implementação das políticas, é lidar com as novas expressões da 'questão social' geradas a partir dos processos de desigualdade econômica, política, social e cultural a que estão submetidas milhões de pessoas (Ibidem, 2009).

1.2. A saúde como expressão da questão social.

A saúde como manifestação da questão social, e enquanto componente da luta e reivindicação da classe trabalhadora, constitui-se como fundamental à discussão que ora se processa, visto que o entendimento acerca da integralidade como princípio basilar da política de saúde se conecta ao conjunto de respostas a necessidades amplas de saúde relacionadas a seus determinantes e condicionantes, que de uma forma ampla pode ser compreendida como originados das contradições presentes no modo de produção capitalista.

No âmbito dessa discussão, vale ressaltar que situaremos a questão social a partir do processo de produção e reprodução das relações sociais inscritas no momento de emergência e consolidação da sociedade burguesa. Nessa perspectiva, a questão social é entendida como produto social historicamente determinado pelo modo de produção capitalista e pelas lutas das classes trabalhadoras e pode ser vislumbrada, através de uma *práxis* revolucionária, com possibilidades concretas de superação.

Numa breve contextualização, vemos que o surgimento da questão social e as implicações geradas para o modo de vida das pessoas remontam à emergência do modo de produção capitalista e seus momentos de profundas rupturas e transformações. Tais mudanças ocorreram, inicialmente, em relação à posse da terra que passou por um processo de concentração nas mãos de grandes proprietários e nos meios de produção e de reprodução sociais em que os trabalhadores expulsos das suas terras e alijados dos seus processos de trabalhos eram obrigados a subsistir nas cidades em péssimas condições de vida.

O capitalismo se desenvolvia e explorava novas terras, ao mesmo tempo em que ignorava por completo a periferia das suas cidades. Os bairros proletários eram descritos como repletos de desafios e seus habitantes, os trabalhadores, eram tidos como seres selvagens e bárbaros, membros de uma “classe perigosa” (CASTELLO, 2010).

Durante muito tempo, a questão social foi compreendida como processo natural, produto da vontade divina, e combatida com repressão. O isolamento e o esquecimento da situação vivida pela classe operária vai se modificar a partir das pressões dos trabalhadores, que passam a se organizar coletivamente para atuar de forma consciente e racional na comunidade política, em favor dos seus próprios interesses, arrancando e conquistando importantes avanços democráticos e sociais. Segundo Yamamoto (2001)

Foram as lutas sociais que romperam o domínio privado nas relações entre capital e trabalho, extrapolando a questão social para a esfera pública, exigindo a interferência do Estado para o reconhecimento e a legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos (p. 17).

Os trabalhadores passaram a ser motivo de preocupação das classes dominantes, dada a nova conjuntura política de protestos e reivindicações populares. O esquecimento e o desprezo deram lugar ao repentino interesse da classe burguesa pelas condições de vida e de trabalho dos operários.

As péssimas condições de vida da classe trabalhadora e a ocorrência de doenças, mortes e agravos passaram a ser percebidas pela burguesia quando a luta operária ganhou força e expressão na arena política, com os sindicatos e partidos políticos proletários. Antes, pauperismo e fome – expressões da questão social – eram um problema exclusivo dos pobres operários “invisíveis”, “confinados” e escondidos nas periferias dos grandes centros urbanos. Entretanto a partir das lutas sociais e políticas do proletariado modifica-se o cenário frente ao surgimento da questão social.

A ‘questão social’ não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros

tipos de intervenção, mais além da caridade e da repressão (IAMAMOTO e CARVALHO, 2000, p. 77).

As intervenções sobre as questões de saúde, nos determinados contextos históricos, pautam-se nas transformações ocorridas na sociedade, e em suas condições de vida e de trabalho que passam a gerar mudanças nas formas de organização e também no entendimento dos problemas sociais.

Ou seja, as questões de saúde e o processo saúde-doença, por exemplo, em cada momento histórico assinala o seu período histórico correspondente. Os fenômenos relacionados à problemática de saúde se condicionam mutuamente e se mantêm em estado de movimento e mudança, impulsionados por uma realidade contraditória.

Na transição da Idade Média para a Idade Moderna, por exemplo, ainda vivendo um modelo feudal de Idade Média, há um crescente movimento de urbanização. Inicia-se, na Inglaterra, onde as fábricas se instalaram o processo de industrialização e os aglomerados urbanos. O trabalho artesanal, em que o homem era detentor de todo o processo, dá lugar a um processo industrial com profundas modificações sociais. Começa a se estabelecer uma relação entre as condições de trabalho e vida da população e o desencadeamento de doenças (MENDES, 2008).

Dessa forma, vai-se ampliando a compreensão do processo saúde-doença, exigindo-se cada vez mais a apreensão da totalidade do mundo e seus limites. Segundo Mendes (2008), apesar da preponderância do enfoque médico-biológico na conformação inicial da saúde como campo científico, em detrimento dos enfoques sociopolíticos e ambientais, observa-se, ao longo do século XX, uma permanente tensão entre as diversas abordagens de saúde. Para a referida autora,

A concepção do processo saúde-doença tendo como referência os determinantes sociais da saúde aponta para o desafio em estabelecer uma hierarquia de determinações entre fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples determinação de causa e efeito (MENDES, 2008, p.28).

Na análise realizada por Pereira (2008), a saúde enquanto necessidade básica, ao lado de educação e de renda, é pré-condição para que as pessoas

consigam alcançar qualidade de vida. Tais condições não sendo satisfeitas podem incidir em prejuízos que comprometem o desenvolvimento humano, visto que estão relacionados diretamente às situações que colocam em risco a possibilidade objetiva de viver física e socialmente e expressar a capacidade de participação ativa na sociedade.

Para Laurell (1983) o processo saúde-doença é abrangente, permeado por fatores sociais e históricos, transcendendo a esfera clínico-assistencial. Neste sentido afirma

[...] o processo saúde-doença é um processo social caracterizado pelas relações dos homens com a natureza (meio ambiente, espaço, território) e com outros homens (através do trabalho e das relações sociais, culturais e políticas) num determinado espaço geográfico e num determinado tempo histórico. A garantia à saúde transcende, portanto, a esfera das atividades clínico-assistenciais, suscitando a necessidade de um novo paradigma que dê conta da abrangência do processo saúde-doença (LAURELL, 1983, p.23).

A saúde como resultado de fatores amplos relacionados a aspectos políticos, sociais, econômicos, culturais e ambientais, bem como ao modo de organização da sociedade em um determinado tempo e contexto histórico, vai influenciar as formas de enfrentamento das situações de adoecimento.

No Brasil a questão da saúde, ou a saúde como expressão da questão social surge moldada pela ótica da responsabilidade pública e de responsabilidade Estatal para as classes assalariadas urbanas, vinculadas ao mercado de trabalho, enquanto a questão da pobreza, dos desvalidos e miseráveis – por não estarem inseridos no mercado de trabalho – é conduzida como sendo de responsabilidade da esfera privada, da filantropia. Nesse sentido afirma Arcoverde (2008)

As manifestações da questão social, em cada momento histórico, assumem determinados contornos, mas se renovam, ampliam e se tornam mais e mais complexas, com novas contradições que remetem, em última instância, a problemáticas particulares e desafiantes para o seu enfrentamento pela via exclusiva do acesso a benefícios vinculados à inserção produtiva no mercado de trabalho (p.117).

Assim, o enfrentamento e a organização da classe trabalhadora diante da precarização das condições de saúde seguem a mesma ordem de enfrentamento para as demais expressões da questão social, segundo os parâmetros da ‘cidadania regulada’⁴. Isso significa atendimento e assistência à saúde para os vinculados ao mercado de trabalho através da medicina previdenciária e para os ‘indigentes’ – a filantropia através da assistência realizada pelas Santas Casas de Misericórdia e alguns hospitais; e/ou através das ações e estratégias realizadas pela Saúde Pública, com vistas à criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, de forma restrita, para as rurais (BRAVO, 2006).

Sob o domínio do capital industrial, há a aceleração do processo de urbanização, a ampliação da massa trabalhadora e, paralelamente, a precarização das condições de higiene, saúde e habitação. Dessa forma, à medida que se agravam as questões de saúde, cresce também o caráter de organização e enfrentamento da classe trabalhadora frente às mesmas.

Os graves problemas estruturais se complexificam e em face da questão social, no período da ditadura, o Estado utiliza o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal que busca aumentar o poder de regulação sobre a sociedade e, ao mesmo tempo, amenizar as tensões sociais, ampliar a legitimidade para o regime e a acumulação do capital (ibidem, 2006).

Ao longo desse período, a burguesia precisou modificar sua relação com a sociedade civil e estabelecer novos canais de mediação, a fim de obter maior legitimação. Nesse sentido precisou imprimir maior efetividade no enfrentamento da questão social e canalizar as reivindicações e pressões populares. Segundo Bravo (2008)

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado (p. 94-95).

⁴ A cidadania regulada é assim denominada por estar os direitos sociais condicionados à inserção na estrutura produtiva. O contrário seria a cidadania invertida em que o indivíduo tem que provar que fracassou no mercado de trabalho para ser objeto da proteção social (FLEURY, 2009).

Após o regime ditatorial, com o processo de abertura democrática, mesmo vivenciando uma profunda e prolongada crise econômica, a sociedade civil organizada, a classe trabalhadora e partidos políticos vivenciaram um momento singular na história de mobilização social no País.

Na questão Saúde, o MRSB contou com a participação de amplos sujeitos sociais e políticos em torno do debate acerca da saúde e propôs profundas transformações para o setor. Dentre elas, destacam-se a saúde como direito social e dever do Estado, a reestruturação do setor através do SUS, a incorporação dos princípios de universalidade, equidade e integralidade, a descentralização do processo decisório para os estados e municípios, o financiamento e a democratização do poder local através da participação dos Conselhos de Saúde na gestão.

O MRSB por meio da organização e pressão e de vários acordos políticos vai ter grande parte de suas reivindicações atendidas e incluídas no texto constitucional e, embora suas propostas prejudiquem os interesses empresariais do setor hospitalar, não alteram a situação da indústria farmacêutica (ibidem, 2006). A implementação do SUS e as demais reivindicações do MRSB enfrentaram e enfrentam limites estruturais e políticos à sua implementação e, desde a sua garantia no marco legal, sofrem embates para sua desconstrução.

A desconstrução da política de saúde se revela, entre outras questões, na vinculação da saúde ao mercado, nas parcerias com a sociedade civil e na refilantropização (SOARES, 2010).

Cabe destacar ainda a dicotomia entre dois projetos em disputa que compõem o setor saúde: o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista. O Projeto da Reforma Sanitária tem no SUS uma das estratégias de efetivação e possui caráter reformador e revolucionário, pautado na concepção de Estado democrático e de direito com primazia de sua responsabilidade na realização da Política (ibidem, 2006). O Projeto Privatista se articula ao mercado e reatualiza o modelo médico assistencial privatista – com caráter de contenção de gastos, racionalização das ofertas de serviços e descentralização com isenção da responsabilidade do poder central. O papel do Estado no Projeto Privatista consiste

em garantir o mínimo de serviços às populações mais vulneráveis e repassar ao setor privado os que têm acesso ao mercado.

Na contemporaneidade, convém destacar que a saúde como expressão da questão social se materializa e traz em seu bojo as configurações históricas produzidas nos quase 22 anos de SUS – enquanto estratégia de operacionalização da política de saúde no Brasil.

A intervenção sobre as condições de saúde enquanto expressão da questão social e como política social

Aparece cada vez mais como respostas técnicas, neutras e isentas de conteúdo político, provida, sim, de um ideário de mobilização que é, antes de tudo, uma estratégia de racionalização totalizante que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde (SCOREL, 2005 apud SOARES, 2010, p. 60).

Mais do que nos períodos anteriores, o modelo autocrático burguês de Estado, leva ao extremo os pontos essenciais na racionalização dos serviços públicos. Ou seja, em nome da eficiência, do controle e da economia se burocratiza o processo de trabalho nos serviços públicos de saúde. A política de saúde sofre com o processo de precarização, sendo transformada cada vez mais numa política para pobres – através do oferecimento de um pacote mínimo de serviços; ao mesmo tempo em que se abre amplo espaço para o mercado num movimento de negação da saúde pública conquistada nos anos de 1980. Com essa perspectiva se engendra um movimento de contrarreforma no âmbito do SUS vinculado ao projeto privatista – que mantém vínculo com o projeto ‘SUS possível’ (SOARES, 2010).

O Estado utiliza as possibilidades da racionalidade burguesa ao intervir, nas expressões da questão social via políticas sociais, revestidas de ações tecnicistas e instrumentalistas, que permeadas por princípios cientificistas manipulam e naturalizam as contradições sociais, esvaziando o teor político e transformador com argumentações voltadas para questões de ordem técnica e burocrática (ibidem, 2010).

Nesse sentido, de igual forma, o entendimento sobre o princípio da integralidade na política de saúde assume, o caráter tecnicista e instrumentalista, ao ser afirmado a partir da mera articulação de ações e serviços ou entre diferentes práticas e saberes especializados que se realizam por distintas especialidades profissionais.

Contudo está claro que há fragilidades nessas articulações, há desafios práticos relacionados à operacionalização da política e há desafios ideológicos relacionados ao conjunto de decisões mais amplas. Em nosso entendimento essas fragilidades não estão relacionadas apenas a uma questão de gestão, de coordenação da política de saúde ou entre políticas setoriais, mas se referem a um conjunto amplo de necessidades sociais que tem relação com “os limites históricos de constituição da política de saúde, do Estado brasileiro, de nossa estrutura social e das atuais configurações do desenvolvimento capitalista” (SOARES, 2010, p. 106), permeado por interesses contraditórios de classes sociais antagônicas e pela busca do lucro, no interior mesmo da política de saúde.

Consideramos que as necessidades de saúde, impostas pela forma contraditória que permeiam as relações de produção e reprodução sociais exigem a constituição de respostas e de intervenções do Estado, para além da organização técnica e instrumental das políticas. Nessa direção não se pode prescindir da necessidade de políticas públicas estruturantes e universais que promovam condições de vida e saúde de modo a incidir diretamente sobre os seus determinantes.

Assim, há que se discernir as armadilhas liberais para delas se diferenciar; de romper com visões economicistas, politicistas no trato das expressões da questão social a fim de desenvolver estudos que possibilitem o conhecimento profundo da realidade brasileira (SOARES, 2010).

1.3 – Desafios ao princípio da integralidade.

Pensar o princípio da integralidade a partir do cenário da política de saúde no Estado capitalista e da saúde como expressão da questão social é, ao mesmo tempo, pensar nos inúmeros desafios postos a esse princípio. A integralidade fundamenta a materialização do direito à saúde em sua concepção ampliada. Isto é, a saúde compreendida a partir de fatores biopsicossociais do adoecimento e a partir de multideterminações do processo saúde-doença se articula a dimensões – históricas, sociais, políticas econômicas e culturais e exige intervenções ampliadas. A saúde é um objeto concreto e complexo que compreende:

- instituições organizadas para satisfazer necessidade;
- um espaço específico de circulação de mercadorias e de sua produção (empresas, equipamentos e um campo de necessidades geradas pelo fenômeno saúde/enfermidade);
- a produção dos serviços de saúde com sua base técnico-material, seus agentes e medicamentos;
- um espaço de densidade ideológica;
- um espaço de hegemonia de classe, através das políticas sociais que têm a ver com a produção social;
- possuir uma potência tecnológica específica que permite solucionar problemas tanto a nível individual como coletivo (AROUCA, 1982 apud FLEURY, 2009, p. 717).

A complexidade que permeia a política de saúde traz dificuldade a sua efetivação e, conseqüentemente, aos seus princípios. Sua realização exige uma análise ampliada sobre o processo saúde-doença, aprofundamento técnico considerando também as questões políticas. Nesse sentido, destacaremos, de forma breve, alguns dos *desafios ao princípio da integralidade*, partindo de uma perspectiva ampliada de apreensão de necessidades de saúde, a partir das relações que se estabelecem no contexto: de saúde e condições de vida; administração e organização da política; necessidade de superação do modelo biomédico centrado na doença e da dicotomia entre projeto da reforma sanitária e projeto privatista.

A saúde e sua relação com as condições de vida são estabelecidas a partir de um amplo conjunto de necessidades que se expressam através do acesso e condições de: moradia, trabalho, renda, educação, alimentação, lazer entre outras. O não atendimento a estes condicionantes de vida geram graves situações de saúde

que exigem intervenções do Estado articuladas a elaboração e execução de outras políticas sociais. Tais articulações entre as políticas, norteadas pelo princípio da integralidade na saúde constituem-se num desafio, visto que são determinadas a partir da correlação de forças entre Estado/sociedade e partem da relação com o modelo de produção e reprodução das relações sociais estabelecidas no modo de produção capitalista constituído por meio da luta de classes e das contradições que lhes são inerentes. No Estado capitalista, segundo Behring e Boschetti (2009)

A tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais – a depender da correlação de forças entre as classes sociais e segmentos de classe e do grau de consolidação da democracia e da política social nos países – em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise. As possibilidades preventivas e até eventualmente redistributivas tornam-se mais limitadas, prevalecendo o trinômio articulado do ideário neoliberal, quais sejam: a *privatização*, a *focalização* e a *descentralização* (p.156).

A constituição das políticas sociais é colocada mediante a superação de outro desafio posto ao princípio da integralidade, qual seja, a administração e organização da política. Embora não se encerre nas questões da burocracia, a gestão e organização do sistema de saúde tem sido hoje objeto de muitos estudos na área de saúde, contribuindo com reflexões acerca das responsabilidades das esferas de gestão, da articulação entre os níveis de cuidado, que inclui serviços da atenção básica, da média e da alta complexidade, bem como entre as ações e serviços de promoção, prevenção e assistência à saúde.

Nos estudos sobre as questões interburocráticas das diferentes esferas do governo, um dos maiores entraves apontados à implementação da política tem sido a insuficiência de recursos financeiros, seus mecanismos de distribuição ou os problemas de gerenciamento, marcadamente, a descentralização

Estabelecida não como partilhamento de poder entre esferas públicas, mas como mera transferência da responsabilidade para antes da federação ou para instituições privadas e novas modalidades jurídico-institucionais correlatas, componente fundamental da “reforma” e das orientações dos organismos internacionais para a proteção social (ibidem, p. 156).

As fragilidades na articulação entre os níveis de cuidado e entre os serviços de promoção, prevenção e recuperação/assistência da saúde são colocadas como

desafios ao princípio da integralidade quando se pensa a administração e organização da política, na medida em que tal fragilidade se expressa em certa medida pela não efetivação das ações intra e intersetoriais do trabalho em rede.

A rede de serviços socioassistencial e de saúde é composta por outras políticas sociais, numa dimensão de intersectorialidade; e/ou, numa dimensão intrasetorial, por serviços ligados à própria política de saúde que também reflete em desafio a integralidade dada a sua fragilidade de realização. Isto é facilmente evidenciado quando da proposição de determinadas políticas específicas de saúde em que se busca atender, numa perspectiva de integralidade, a determinados grupos. Verifica-se que na proposição dessas políticas, faz-se necessário junto com elas também a construção da rede de proteção e cuidados, muitas vezes insuficiente à alta demanda. A rede de serviços e cuidados, em muitas situações, apresenta dificuldades de efetivação do atendimento por questões metodológicas e, sobretudo, por questões políticas.

Destaca-se, ainda, nos aspectos da administração e organização dos serviços, como desafio ao princípio da integralidade na política de saúde a estratégia Saúde da Família (ESF).

Elaborada com a finalidade de reestruturar a atenção básica no SUS, atualmente a ESF⁵ cresce e expõe importantes fragilidades do processo de mudança do modelo de atenção, pois em sua prática cotidiana é possível verificar novos desafios ainda não pensados ou vivenciados. Segundo Ribeiro (2008)

Os desafios 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 (p.51).

O desafio posto à integralidade mediante a realização da ESF na política de saúde revela-se na necessidade de, paralelamente ao desenvolvimento desta ação, realizarem-se mudanças estruturais considerando-se os determinantes de saúde.

⁵ Junto ao seu antecessor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e o PSF ou ESF (como é atualmente definido) 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 (Ribeiro, 2008).

No que tange à formação dos profissionais de saúde e ao desenvolvimento do trabalho em equipe, bem como à criação de vínculo entre equipe-usuário como desafio ao princípio da integralidade, o entendimento se pauta pela intenção de se buscar a efetivação dos modelos de atenção à saúde centrados em aspectos puramente biológicos, para construir formas de atenção sanitária mais ampla e que partam dos determinantes de saúde.

Nesse sentido, as discussões em torno das bases de formação dos trabalhadores de saúde têm sido amplamente colocadas como ponto nevrálgico à efetivação do sistema, visto que o paradigma flexneriano (centrado na fragmentação do atendimento) ainda se faz presente e orienta a organização dos serviços de saúde no sentido de reforçar o modelo médico hegemônico. Portanto, há a necessidade de se superar este aspecto, uma vez que o SUS não se reduz “a um conjunto de estabelecimentos de assistência médico-hospitalar, centrado no diagnóstico e na terapêutica alopática” (FLEURY, 1997, p. 21 apud ASSUMPÇÃO, 2007, p. 22).

A superação do modelo médico hegemônico é caracterizada como um dos desafios ao princípio da integralidade e nessa direção destaca-se, em alguns estudos, a importância do trabalho em equipe interdisciplinar que construa conhecimento em saúde e propostas terapêuticas de forma compartilhada, considerando os diversos saberes.

Compreendemos a relevância do trabalho em equipe e as formas de compartilhamento das situações de saúde, principalmente aquelas analisadas por diferentes áreas do conhecimento e que baseiam suas ações na perspectiva da proposição de projetos terapêuticos singulares construídos a partir da necessidade do sujeito – usuário do serviço. Os projetos terapêuticos buscam a construção de um eixo comum entre os profissionais em que o usuário seja o centro da atenção e das ações dos profissionais. (SILVA Jr., et al, 2003). O desafio ao princípio da integralidade colocado no âmbito do trabalho em equipe, a nosso ver, se analisado isoladamente, recai na responsabilização da equipe pela não efetivação do princípio.

A última questão que trataremos como desafio posto ao princípio da integralidade, baseia-se na *dicotomia existente entre projeto público de saúde e projeto privatista de saúde*. Essa dicotomia permeia os desafios até aqui expostos, visto que se trata de projetos com interesses antagônicos que estiveram presentes

na gênese da proposição da política de saúde que apresenta o SUS, enquanto principal estratégia de ação da política.

Conforme já exposto sobre as características desses projetos, convém destacar que se constitui em desafio a integralidade por se tratar de um princípio estruturante da política que se realiza mediado pela perspectiva de saúde ampliada e de seus determinantes sociais e com a participação do conjunto das demais políticas sociais.

Nesse sentido, se tomarmos como pano de fundo o contexto das proposições do projeto privatista pautado pela perspectiva das políticas neoliberais, logo veremos o investimento no sentido de desmontar a proposta da política de saúde elaborada pelo MRSB, bem como manchar o poder de resolutividade e capacidade do SUS de responder aos anseios e às necessidades da população, logo perceberemos o limite posto ao princípio da integralidade.

Verifica-se que a perda de qualidade e de efetividade das políticas promovidas por meio do sucateamento da atenção à saúde tem expulsado a classe média na direção dos planos privados de saúde e, nos quase vinte e dois anos do SUS, o Movimento Sanitário e a sociedade como um todo têm sofrido com esta precarização.

A realidade demonstra que muitas conquistas foram alcançadas no campo da saúde, contudo a saúde por meio do SUS continua no esforço de vencer a hegemonia, ainda biomédica ditada pelo Complexo Médico Industrial (CMI) e as políticas neoliberais do capitalismo.

Por um lado, existem desafios referentes às práticas em saúde; por outro, o SUS e as políticas públicas de um modo geral, passam a enfrentar outros “contra-ataques” que se referem a direcionamentos ideológicos, políticos e econômicos que se consolidam em total contradição ao que vinha sendo construído pelo projeto da Reforma Sanitária. As políticas neoliberais instalam-se no campo da saúde introjetando em meio ao SUS um projeto de saúde articulado ao mercado. Bravo (2008) escreve sobre esse projeto chamado privatista ou de mercado e acrescenta

Este pautado na política de ajuste tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características destacam-se: o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis, a

desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso (p.35).

Mioto e Nogueira (2008), ao falarem sobre os desafios atuais do SUS nos dizem que a presença de interesses antagônicos desde o processo de implementação do SUS, faz-se presente no que tange a sua consolidação pautada nos princípios norteadores como a universalidade, a equidade e a integralidade; bem como em relação às dificuldades para construir modelos assistenciais ancorados na concepção ampliada de saúde, marco inicial do processo de proposição do próprio SUS.

Vemos que os desafios ao princípio da integralidade na política caracterizam-se como sendo de ordem prática relacionada à administração e à organização dos serviços – preconizados pelo marco jurídico formal brasileiro; e se entrelaçam com os desafios de natureza teórico-conceitual, aqui compreendidos a partir das distintas perspectivas em torno do uso e dimensões do princípio termo. Contudo a questão maior que se apresenta, à materialização da integralidade na política, refere-se à direção política que é dada a esta.

CAPÍTULO 2

O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE E SAÚDE

2.1. A integralidade na atenção à saúde

O século XX é permeado por avanços significativos no campo da saúde, que se expressam: no progresso das ciências biológicas e no desenvolvimento tecnológico o que contribuiu para novas proposições sobre prevenção de doença e promoção da saúde, bem como para novas formas de organização dos sistemas de saúde. Ao longo do referido século os problemas de saúde pública na Europa e nos Estados Unidos trouxeram propostas de reorganização dos serviços de saúde e reformulações do currículo médico que impactaram na América Latina e, conseqüentemente, no Brasil.

A reorganização nas propostas de atenção à saúde deve-se, entre outras questões, à influência do Relatório Flexner publicado em 1910 nos Estados Unidos da América e do Relatório Dawson publicado em 1920 na Inglaterra que podem ser considerados como balizadores para o surgimento da discussão de mudanças expressivas nos modelos de se conceber e desenvolver ações de atenção sanitária (Silva, 2004). Tais relatórios fazem referências ao cuidado médico e à forma de conduzir a atenção à saúde que impactaram nos rumos e perspectivas de se pensar a atenção e o cuidado sanitário até os dias atuais, não apenas para os profissionais médicos, mas para as demais categorias profissionais de saúde.

O Relatório Flexner introduz como paradigma a excelência técnica das escolas médicas; a formação de uma elite profissional e enfatiza a aprendizagem intra-hospitalar e especializada com pouca relevância para os aspectos preventivos e promocionais da saúde. Considera o corpo humano uma composição de partes individualizadas que adoecem e o paciente uma abstração à parte da coletividade, sem correlação com seu contexto social. O modelo flexneriano ressalta a visão dicotomizada e fragmentada do ser humano, o culto à doença e a devoção à tecnologia, o que vai na contramão do entendimento acerca da integralidade na atenção à saúde de uma forma ampliada.

Esse relatório constitui-se como um dos principais instrumentos de concretização de elementos estruturais do: mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialização, exclusão de práticas alternativas, tecnificação do ato médico e ênfase na ação curativa. O êxito das ideias trazidas pelo Relatório Flexner deveu-se a um contexto de associação entre o grande capital, a corporação médica e as universidades; aos investimentos maciços de recursos financeiros pelas fundações americanas na sua implementação; e à tomada da Associação Médica Americana pelos médicos cientistas (MENDES, 1995 apud SILVA, 2004, p. 22).

Em se tratando do Relatório Dawson, o mesmo representa a contraposição ao modelo flexneriano. Trata-se do resultado de um movimento que surgiu na Europa, precisamente na Inglaterra, em 1920, considerado como um esboço da institucionalização da integralidade nas ações em saúde, uma vez que suas indicações evidenciam uma opção não elitista ao contemplar a saúde da população como um todo, através de medidas como:

- adequação da oferta do conhecimento médico à população;
- organização dos serviços de saúde em função das necessidades da comunidade;
- ênfase no trabalho conjunto e integrado em detrimento das ações individuais;
- coordenação institucional única do processo de atenção à saúde;
- fim da dicotomia entre medicina preventiva e curativa e medicina comunitária e individual;
- valorização do médico generalista na organização dos serviços e das atividades realizadas fora das unidades de saúde. (OPAS, 1964 apud SILVA, 2004).

O conteúdo dos dois relatórios influenciaram a condução das ações em saúde e as explicações para as distintas práticas e modelos de atenção sanitária no contexto mundial. A integralidade como essencial à atenção sanitária fundamenta e lastreia a construção de respostas às necessidades em saúde.

Na Conferência de Alma-Ata realizada no Cazaquistão em 1978, por exemplo, verifica-se a ênfase nos cuidados primários em saúde e a ampliação do conceito de saúde, quando destaca

A saúde - estado de completo bem - estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

Os cuidados primários em saúde devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade (OPAS, 1978, p.01).

No referido documento, a saúde, compreendida em seus aspectos biopsicossociais, é fruto de uma preocupação mundial em que se compreende sua efetivação a partir da articulação entre os setores social e econômico apoiados por sistemas de referência integrados.

Além de Alma-ata ocorreram outras conferências em âmbito internacional⁶ em que foram discutidos assuntos referentes à promoção em saúde, cuidados primários, articulação entre setores para o atendimento da multiplicidade de fatores decorrentes das necessidades geradas pelo desenvolvimento das nações, processos de desigualdades sociais e impactos gerados pelo desenvolvimento sobre as situações e condições de vida.

No Brasil o tema da integralidade da atenção em saúde surge de forma embrionária com o início da municipalização e estadualização por meio dos convênios das Ações Integradas de Saúde.

Para Paim (1986) as Ações Integradas de Saúde (AIS) foram importantes como estratégia para reorientação das políticas de saúde, para reorganização dos serviços, a fim de impedir descontinuidades na prestação dos serviços à população. No debate político, a defesa das AIS era feita a partir de motivos como:

Princípios e objetivos consistentes com os do movimento de democratização da saúde; planejamento e administração descentralizados; instâncias deliberativas permeáveis a negociação política; possibilidade concreta da participação popular organizada; percurso para o estabelecimento unificado de saúde; respeito ao princípio federativo; respaldo das forças atuantes no setor; perspectivas mais concretas de viabilidade; incorporação do planejamento à prática institucional; e responsabilidade das universidades na formulação e implementação das políticas de saúde (PAIM, 1986, p. 167).

As Ações Integradas de Saúde (AIS), reconhecidamente, representaram a travessia para o sistema unificado de saúde, apresentado na 8ª Conferência

⁶ Nenhuma Conferência se assemelha em progresso e impacto as que geraram a Declaração de Alma-Ata em 1978 e a Carta Ottawa ocorrida em 1986 conhecida como marco fundador do movimento da promoção da saúde no mundo. Entretanto ocorreram outras a exemplo: Conferência de Adelaide (1988), Sundsväl (1991), Jacarta (1997), do México (2000) e Bangucoque (2005) (informações do site: <http://www.saudepublica.web.pt>).

Nacional, considerada como uma das mais significativas Conferências da história da Política de Saúde no Brasil e emblemática no processo de criação do SUS.

Nessa Conferência nos eixos *Saúde como direito*, a integralidade aparece quando se apresenta a saúde como resultado de fatores amplos relacionados ao acesso aos serviços, às condições de vida, à forma de organização e produção do trabalho. No eixo *Reformulação do Sistema Nacional*, o princípio da integralidade aparece na proposta de integração institucional entre os vários órgãos e níveis de atenção e quando refere à perspectiva de se evitar a descontinuidade da atenção e a superação da dicotomia preventivo-curativo.

A partir da proposição desta conferência a saúde passou a ser reconhecida como direito e a dimensão pública estatal é fortemente debatida, sendo os princípios da universalidade, equidade e integralidade incluídos no marco legal da Política.

A década de 1980 foi um período de resultados positivos, dentre os quais se destaca a gradativa descentralização dos serviços para os estados e municípios e a progressiva unificação das ações de saúde em uma única instituição, o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS caracteriza-se como a concretização do texto constitucional que declara a partir de 1988 a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. “O projeto do SUS é uma política de construção da democracia que visa à ampliação da esfera pública, à inclusão social e à redução das desigualdades” (RADIS, 2006, p. 21).

A discussão da integralidade no campo da saúde no contexto internacional e de desenvolvimento da Política de Saúde no Brasil é realizada em torno de mudanças do sistema de serviços de saúde, de forma a que venha garantir o cuidado. Em torno disso se discute entendimento sobre saúde, o sistema de proteção social brasileiro e os desafios frente aos embates da contrarreforma do Estado, o que implica a inclusão e a direção assumida no marco legal. Mas como é incorporado o princípio da *Integralidade* no marco jurídico brasileiro? Qual a perspectiva adotada por nossa legislação?

2.2. A integralidade da atenção em saúde no marco jurídico brasileiro.

No Brasil, a luta pela construção de um sistema de saúde público universal, equânime e norteado pela integralidade inicia-se na década de 1970, culmina na Constituição de 1988 e tende a se confundir com a própria busca pela redemocratização do país. Nesse momento político, o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) implementou uma pauta de mobilização e reivindicação fundamentada nas necessidades da população, nas questões de saúde enquanto direito de cidadania.

A luta pela reforma sanitária foi responsável pela proposição do SUS como um processo social e político, que tem no contexto democrático a condição para o seu desenvolvimento. Nesse sentido, a partir de uma mudança cultural e ideológica, a proposição do SUS construída pelo MRSB, firma-se em uma concepção ampliada da atenção a saúde dos sujeitos, da família e da comunidade e numa proposta universalizante de saúde.

A implementação do SUS traz, como pano de fundo, princípios que se alinham com os princípios e diretrizes previstas no texto constitucional. Assim, na Constituição Federal de 1988, a saúde juntamente com a previdência e a assistência social passam a compor o sistema de Seguridade Social brasileiro e, no artigo 196, a perspectiva de saúde é ampliada

Como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

O texto constitucional apesar de não referir o princípio da integralidade traz implícito que para a realização do direito à saúde faz-se necessária a articulação entre as políticas social e econômica, com vistas à diminuição dos riscos e agravos, ao mesmo tempo referencia o acesso a ações e a serviços de promoção, proteção e recuperação para a garantia desse direito. No artigo 198 encontramos a referência do “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988). Neste artigo a integralidade não é definida, apenas se preconiza que as ações curativas sejam integradas às ações preventivas para que se evite a dicotomia entre essas ações.

Em consonância com a visão ampla de saúde trazida pela Constituição Federal, a Lei Orgânica de Saúde (LOS) nº 8.080, de 19.09.90, reafirma a saúde como direito fundamental do ser humano, de responsabilidade do Estado e aponta como fatores determinantes e condicionantes de saúde a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Ao referir tais fatores que determinam e condicionam a saúde a LOS expressa as necessidades fundamentais de sobrevivência e qualidade de vida e sinaliza para dimensões fundamentais à elaboração e organização da política de saúde e sua interface com as demais políticas setoriais. As múltiplas determinações que permeiam o processo saúde-doença permitem visualizarmos que para a efetivação da integralidade da atenção, a política de saúde necessita estar articulada a outras políticas, o que remete aos processos de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, bem como à intersetorialidade das ações.

A LOS apresenta a integralidade entre seus princípios e no marco jurídico é a única a trazer de forma explícita a definição de integralidade, referindo-a como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Lei nº 8.080, de 19.09.90, art. 7º). A Lei Orgânica de Saúde refere a criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e entidades representativas da sociedade civil cujo objetivo é articular políticas e programas de interesse para a saúde, compreendendo outras áreas (ibidem, art.12).

Posteriormente a LOS, a Norma Operacional Básica de Saúde (NOB/96) na redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União apresenta a integralidade como proposta de avanço e consolidação do SUS e dispõe sobre novas práticas para o setor público, não mais valorizando apenas os procedimentos, mas ações de saúde voltadas para as necessidades da população como um todo. Dessa forma destaca

O novo modelo de atenção deve resultar na ampliação do enfoque do modelo atual, alcançando-se, assim, a efetiva integralidade das ações. Essa

ampliação é representada pela incorporação, ao modelo clínico dominante (centrado na doença), do modelo epidemiológico, o qual requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes (NOB/96 p.15).

A NOB/96 vai ser editada considerando que o modelo centrado na atenção clínica, na intervenção terapêutica (cirúrgica ou medicamentosa), deve ser associado, incrementado e modificado no sentido da elaboração de um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e da relação que estabelecem com o meio ambiente, com as equipe de saúde e com seus núcleos sociais primários (família e comunidade). Ressalta que essa prática possibilita e impulsiona as mudanças globais para uma atenção baseada na integralidade.

Dessa forma, destaca que na perspectiva epidemiológica há um compromisso com a integralidade da atenção, visto que incorpora, como objeto das ações, a pessoa, o meio ambiente e os comportamentos interpessoais, agregando nas análises diferentes fatores e variáveis.

Na Política Nacional de Promoção da Saúde elaborada em 2006 (PNPS/2006) a organização da política baseia-se no princípio da integralidade no sentido da minimização dos riscos e efeitos do adoecer, e se verifica uma ampliação de sujeitos responsáveis por essa rede de compromissos ao afirmar a participação do poder público, da iniciativa privada e da sociedade civil para assegurar a ampliação do exercício do direito à saúde, bem como minimização dos agravos. Nesta perspectiva refere o documento

A promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, **integrada** e intersetorial, que **faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade** quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida (Brasil, 2006, p.12, grifo nosso).

Outro documento do marco jurídico da Política de Saúde que ressalta o princípio da integralidade é o recente Decreto nº 7.508, de 28.06.2011, que regulamenta a LOS e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, sobre o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter

federativa. É possível verificar a integralidade sendo referida na atenção sanitária com ênfase nos pactos interfederativos e no planejamento das ações do sistema.

A integralidade, no Decreto supracitado, é considerada na definição de Rede de Atenção à Saúde, a partir da articulação entre ações e serviços nos diferentes níveis de complexidade; a responsabilidade de sua efetivação é destacada, a partir das pactuações nas Comissões Intergestores, como de responsabilidade dos entes federativos e sua efetivação apresentada mediante o referenciamento do usuário na rede regional e interestadual que se inicia e se completa na rede de atenção à saúde, conforme as pactuações estabelecidas nessas Comissões.

Desde a inclusão do princípio da integralidade no marco jurídico em 1990 e de como é apresentado na legislação e documentos ao longo do processo de reformulação da regulamentação da Política de Saúde no Brasil, percebe-se que a integralidade é essencial à materialização da atenção sanitária, e como eixo de articulação para a operacionalização da política de saúde.

No marco jurídico, a definição do princípio está vinculada à concepção ampla de saúde, mas é claramente definida a partir do entendimento da articulação entre serviços de promoção, prevenção e recuperação nos diferentes níveis de complexidade do sistema e/ou de modo articulado a diferentes políticas públicas sob a responsabilidade de distintos sujeitos, entre os quais o Estado, sociedade civil, iniciativa privada e usuários que assumem diferentes responsabilidades. (ver quadro 01).

QUADRO 01 - O Princípio da Integralidade no Marco Legal

Documentos do Marco Jurídico	Definição de integralidade	Articulação estabelecida
Constituição Federal de 1988	“Saúde direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF, 1988, art. 196).	Na CF/1988 a integralidade é preconizada através da articulação entre as políticas sociais e econômicas.
Lei Orgânica da Saúde (LOS) n° 8.080/1990	“como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Lei 8.080/1990 art. 7°)	Articulação entre ações e serviços preventivos e curativos realizados na Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade.
Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96)	“O novo modelo de atenção deve resultar na ampliação do enfoque do modelo atual, alcançando-se, assim, a efetiva integralidade das ações. Essa ampliação é representada pela incorporação, ao modelo clínico dominante (centrado na doença), do modelo epidemiológico, o qual requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes. (...) O enfoque epidemiológico atende ao compromisso da integralidade da atenção, ao incorporar, como objeto das ações, a pessoa, o meio ambiente e os comportamentos interpessoais. (NOB/96 p.15)”	A NOB/96 ao tratar da integralidade traz a ideia de associação entre núcleo social primário (família), comunidade e meio ambiente como fundamentais para modificações nas condições de saúde, condições de vida e meio ambiente.
Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006 (PNPS)	“A promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida’ (Brasil, 2006: p.12).	Articulação intra e intersetorial público e privado
Decreto n° 7.508 de 28/06/2011	“Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”; (Art. 2°, VI). “A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores”. (Art. 20)	Articulação entre rede de serviços, pactuados nas comissões intergestoras. Ênfase nos processos de Referência e Contra-referência.

Fonte: Pesquisa na legislação de saúde. Elaboração própria, 2012.

Os estudiosos do tema ao definirem o termo partem do entendimento posto no marco jurídico, mas ampliam o leque de discussões e ampliam a partir das problematizações que cercam a atenção e os cuidados em saúde. Dessa forma, discutem a integralidade segundo diferentes definições e usos/dimensões do princípio que se baseiam em distintas perspectivas e/ou direção teórica.

2.3. Integralidade como objeto de reflexão teórico-conceitual: definições e aspectos do princípio.

Ao refletirmos sobre a integralidade, somos remetidos a um contexto amplo em torno da definição e das dimensões do princípio. Compactuamos com alguns estudiosos do tema quando referem que a definição de integralidade extrapola o arcabouço jurídico ao apresentar a integralidade como *articulação entre ações e serviços preventivos e curativos realizados por diferentes níveis de complexidade do sistema e/ou através da articulação da política de saúde com as demais políticas setoriais numa dimensão de intersectorialidade*.

A discussão acerca da integralidade no campo da saúde se faz presente, considerando que há muitas coisas cindidas, separadas, fragmentadas, partidas. Há muita coisa a ser integrada! Nesse sentido é abordada segundo diferentes definições, usos/dimensões.

2.3.1. Integralidade: polissemia, polifonia e objeto de constante construção.

A integralidade é apresentada por Pinheiro e Mattos (2003) pesquisadores do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS)⁷ como sendo polissêmica e polifônica. Estes autores definem a Integralidade como polissêmica por não se limitar a uma diversificação dos sentidos, carregando valores que merecem ser defendidos. Destaca a característica de polifônico no sentido de

⁷ Programa de estudos que reúne um colegiado de pesquisadores que auxiliam na identificação e construção de práticas de atenção integral à saúde, os quais utilizamos também como referências para este trabalho.

que é capaz de “ouvir” as vozes silenciadas nos espaços institucionais que não possuem canais de escuta e acesso à informação e à comunicação, que não têm visibilidade para suas demandas (PINHEIRO e MATTOS, 2003, p. 11).

Para ela a integralidade no SUS precisa ser discutida e tratada a partir dos compromissos das instituições de saúde: as universidades que operam com a racionalidade biomédica, os hospitais, os órgãos formadores, as instituições científicas e os conselhos da área de saúde. Enfatiza em sua análise três áreas importantes do setor saúde que podem contribuir para a materialização da integralidade. *A área de política, planejamento e gestão na saúde; as ciências sociais humanas em saúde e a epidemiologia.* A integralidade funciona quando a saúde se integra a setores e conhecimentos, e não apenas a setores. Para Pinheiro (2003) integralidade não se confunde com intersectorialidade, visto que podem existir ações intersectoriais sem, contudo, haver integralidade. Ou seja, os serviços podem articular-se como a soma de partes e permanecerem fragmentados.

O princípio da integralidade deve ser objeto de uma construção constante e chama a atenção para o fato de que não se pode ter a compreensão de que tudo aquilo que o cidadão pretender na saúde ele terá. “A integralidade precisa ser demarcada”, “uma vez que na saúde é impossível garantir a todos tudo o que se pretender”. O princípio da integralidade deve se pautar por critérios técnicos, orçamentários, financeiros e políticos, caso contrário, haverá um SUS esmagado por demandas individuais, sem os olhos voltados para o coletivo (RADIS, 2006, p.35).

2.3.2. Integralidade: “Imagem Objetivo”, “Dificuldade” e “Potencialidade”.

Como referência principal sobre o assunto encontramos a definição e dimensões trabalhadas por Mattos (2001), autor citado na maioria dos estudos. Ele define a integralidade como sendo “uma ‘imagem objetivo’ que tenta indicar a direção que se quer imprimir à transformação da realidade. Define a integralidade como parte de um pensamento crítico, um pensamento que se recusa a reduzir a

realidade ao que ‘existe’, que se indigna com algumas características do que existe, e almeja superá-las” (MATTOS, 2001, p.02).

Indica que a “Integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura ao diálogo.” Para Mattos (2001) a Integralidade na saúde está para além de um princípio do SUS ou uma diretriz constitucional, visto que caracteriza um indicador da direção que se deseja imprimir ao sistema de saúde. Dessa forma a integralidade é definida por ele como “uma dificuldade” e “uma potencialidade”, mais do que isso “uma bandeira de luta” e “está ligada a um ideal de sociedade mais justa e solidária”.

Esses valores e sentidos correspondem a uma visão mais abrangente da definição de integralidade que se vinculam às necessidades dos usuários no nível da relação que estabelece com a Política de saúde, de como a Política está organizada frente às demandas sociais que se apresentam, bem com a partir do exercício profissional individual e entre equipes na elaboração e execução da Política.

Assim, destacamos a integralidade em duas dimensões, quais sejam: na Organização da Política – a partir do processo de articulação e – no Exercício Profissional – vinculada à prática da medicina e como eixo das práticas da equipe.

2.3.3. Organização da política e integralidade: articulação entre prevenção e assistência.

O modelo da atenção hospitalar, curativo durante muito tempo, tornou-se predominante nos serviços de saúde, havendo um distanciamento entre a saúde pública e a saúde assistencial. A saúde pública ocorria, principalmente, nos Centros de Saúde, onde se realizavam os atendimentos relativos a ações tipicamente preventivas, a exemplo da imunização. Já a saúde assistencial era realizada pelos hospitais. A população dirigia-se a distintas unidades de saúde conforme suas necessidades.

A integralidade referente à articulação entre serviços preventivos e assistenciais corresponde exatamente a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais/curativas. Essa definição de integralidade se aplica à indignação com essa dicotomia que, lamentavelmente, persiste na atualidade.

As ações preventivas se diferenciam das assistenciais, visto que o conhecimento acerca das doenças e as tecnologias possibilitam à biomedicina reconhecer os fatores de riscos e antecipar-se ao sofrimento que determinada enfermidade pode trazer. Sobre isso acrescenta Czeresnia (2003)

Ações preventivas são intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos (p.45).

As ações preventivas, diferentemente das assistenciais não são demandadas pelos usuários e devem se iniciar antes mesmo da procura pelos serviços. O profissional de saúde deve ter uma postura investigativa diante do usuário que buscou o serviço motivado por algum sofrimento e ser capaz de identificar fatores de riscos de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto daquele usuário. Investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento. (MATTOS, 2001).

A possibilidade de articular ações preventivas e assistenciais envolve o modo de apreender as necessidades de forma ampliada. Caracteriza-se por analisar as demandas manifestas e as respostas às necessidades apreendidas, considerando-se o contexto imediato do encontro entre profissional e usuário.

A articulação entre as ações preventivas e as assistenciais não se refere a apreender tudo; nem tampouco a adoção de uma postura holística. “Trata-se mais de um exercício de seleção negociada do que é relevante para a construção de um

projeto terapêutico capaz de dar oportunamente respostas ao conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde” (SILVA, 2004, p. 42).

A integralidade colocada como articulação entre prevenção e assistência parte da apreensão das necessidades dos usuários portadores ou não da enfermidade e refere-se ao modo de organização do processo de trabalho, ao planejamento e gestão das ações e serviços na política.

2.3.4. Organização da política e integralidade: articulação entre políticas setoriais – intersectorialidade.

A integralidade discutida como intersectorialidade é entendida em sua dimensão macro e parte de uma realidade ampliada que se realiza em uma rede de serviços de saúde intra e intersectorial. As problemáticas de saúde apresentadas pelos usuários nas unidades de serviços em seus diferentes níveis de complexidade são tarefa de um esforço intersectorial, nesse sentido,

[...] o cidadão para resolver seus problemas necessita que eles sejam considerados na sua totalidade e não de forma fragmentada por apenas um política. Apesar dos serviços serem dirigidos aos mesmos grupos sociais, que ocupam o mesmo espaço geográfico, eles são executados isoladamente por cada política pública (JUNQUEIRA, 1997 apud COSTA, 2010p.32).

A política de saúde e as políticas públicas, de uma forma mais ampla, não esgotam as múltiplas necessidades geradas pelo processo saúde-doença. Contudo, caso fossem efetivadas de forma articuladas contribuiriam para minimizar os inúmeros problemas aos quais estão submetidas determinadas populações em determinados territórios (COSTA, 2010).

A estrutura setorializada das políticas com os serviços realizados isoladamente tende ao atendimento fragmentado dos sujeitos. Dessa forma “[...] uma atuação desarticulada cria obstáculos para os projetos de gestões, mesmo aqueles de caráter democrático e inovador. O planejamento tenta articular as ações e serviços, mas a execução desarticula e perde de vista a Integralidade do indivíduo” (Ibidem, 2010, p.46).

A intersetorialidade aparece como uma estratégia de gestão diretamente ligada à forma de administração dos municípios. Nesse sentido há uma necessidade de romper com formas rígidas de organização e avançar para uma lógica baseada nas necessidades dos sujeitos usuários da política.

Na interpretação de Junqueira (apud Costa, 2010, p.38), a dicotomia presente na forma de condução das políticas sociais pode ser superada pela intersetorialidade. Enfatiza que mesmo as políticas sociais de cunho universal têm dificuldades de promover a equidade e integralidade do atendimento, visto que os problemas sociais manifestam-se setorialmente, mas a solução estaria na dependência da efetivação de mais de uma política, constituindo-se como parte de um todo que necessitaria de uma ação integrada para resolvê-los. Nesse sentido afirma,

A intersetorialidade é a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeitos sinérgicos em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social. (JUNQUEIRA, 1997, p.37 apud COSTA, 2010, p. 38).

Essa compreensão restringe a integralidade em saúde à dimensão do planejamento e gestão das políticas. Ou seja, ainda que a integração das políticas setoriais por meio das instituições prestadoras de serviços de atenção e de cuidado resulte em maior Integralidade, seu significado é bem mais abrangente. O ideário da Integralidade é composto por um processo que se inicia na “formulação de políticas do nível macro pelo Estado, passa pela gestão e gerência nos distintos níveis até a produção de ações de cuidado de saúde por meio das práticas para a atenção e o cuidado dos indivíduos” (COSTA, 2004, p.35).

2.3.5. Organização da política e integralidade: resposta a problemas específicos de saúde.

A integralidade apresentada como a formulação de políticas específicas de saúde refere-se, segundo Mattos (2001), às respostas governamentais dadas a certas doenças específicas, bem como às respostas governamentais dadas a

demandas e/ou a necessidades de certos grupos populacionais específicos. Tais políticas “incluem tanto propostas e ações voltadas para grupos portadores da doença em questão como aquelas outras que, embora com potencial de enfrentar a doença, são voltadas exatamente para o grupo de não-portadores da doença” (MATTOS, 2001, p. 49-50).

As respostas governamentais às doenças, consideradas problemas públicos ou ameaça epidêmica, têm sido alvo de políticas de enfrentamento e controle, bem como instrumento da construção da legitimidade por parte do Estado. As configurações de certas políticas específicas são desenhadas para dar respostas a determinados problemas de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional.

Poderíamos dizer que, nesse sentido, *a integralidade trata de atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos*. Ou seja, pela ação governamental e/ou em parceria com ações de movimentos organizados da sociedade são construídas propostas de políticas para a atenção à saúde de determinados segmentos e/ou ciclos etários, considerados mais fragilizados em função de processos culturais ou biológicos. Podemos citar, como exemplos; mulheres, crianças, idosos, pessoas com deficiência, índio e negros.

Há um esforço, por parte dos movimentos organizados da sociedade que buscam apoio da ação estatal, para a elaboração e a efetivação de políticas específicas, considerando o princípio da equidade. Tais movimentos buscam a superação das desigualdades que acometeram determinados grupos ‘vulneráveis’, em determinado contexto histórico e social (CECÍLIO; MERHY, 2003). Nesse sentido, a elaboração de políticas específicas de saúde voltadas aos grupos vulneráveis, como proposta de realização da integralidade, vincula-se a busca a promoção, prevenção e assistência das ações em saúde e a realização do trabalho em rede.

2.3.6. Exercício profissional e integralidade: a prática da medicina.

Essa discussão volta-se ao ensino médico nos Estados Unidos. A medicina integral criticava o fato de os médicos adotarem diante de seus pacientes uma atitude fragmentária. Arraigados a um sistema que privilegiava as especialidades médicas, estabelecidas a partir do privilégio dos aparelhos ou sistemas anátomo-fisiológicos, os médicos tendiam a recortar analiticamente seus pacientes e atentavam apenas para o funcionamento do sistema ou do aparelho no quais se especializaram, inviabilizando a apreensão das necessidades mais amplas de seus pacientes.

A postura e prática médica pautavam-se basicamente na utilização dos recursos tecnológicos disponíveis em que se buscava silenciar o sofrimento ocasionado pelo problema de saúde apresentado.

Esse entendimento de integralidade refere à necessidade de se apreender o ser humano como um todo, único e indivisível. O ser humano como um todo biopsicossocial. O biopsico incluindo órgãos e sistemas de maneira integrada e, não, separadas (RADIS, 2006).

A dimensão da integralidade pautada na mudança da prática médica ocorre no sentido de se romper com a visão centrada na doença e traz desdobramentos. Silva Jr. et al (2003) colaboram com essa ideia e afirmam que “a dificuldade de ouvir as demandas dos pacientes e de tratá-los como sujeito, com desejos, crenças e temores tem sido a causa de inúmeros fracassos na relação entre os trabalhadores de saúde e a população” (p. 122).

Campos (2006), ao sugerir alguns pontos sobre a reforma da prática profissional em saúde, acrescenta

Na assistência individual o sujeito que sofre algum tipo de intervenção é quase sempre tomado como se fosse um objeto inerte e passivo, como um ser incapacitado de esboçar qualquer reação, positiva ou negativa, às ações do agente que trata da cura. Ou seja, a relação profissional/cliente é concebida como um intercâmbio entre um sujeito potente – geralmente o médico – e um objeto suposto de ser dócil, ativo apenas quando presta informações necessárias ao diagnóstico e de quem se espera “servidão voluntária”. A própria denominação “paciente”, que é usualmente atribuída ao doente, já é um dado revelador do sentido principal dessa relação:

paciente significa “aquele que possui a virtude de suportar os sofrimentos sem queixa” (p. 181).

Esse autor analisa que o doente no processo de cura não passa de simples informante; afinal, em muitas situações, é-lhe cerceado o direito de expressar ou advertir, manifestar sua vontade e opinião. Desta forma há o engessamento das práticas que se pautam no modelo positivista, biologicista e mecanicista. As dimensões sociais e subjetivas passam a ser limitadas pelas definições de diagnóstico e na elaboração das propostas terapêuticas. Assim, ignora-se que as dimensões biopsicossociais são elementos essenciais para o estabelecimento de processos de diagnóstico e de terapêuticas eficazes (CAMPOS, 2006).

A relação passiva entre o usuário e o profissional, que o atende, termina reproduzindo a inércia no campo da luta pela organização e reestruturação dos serviços, tornando os sujeitos incapazes de sugerir ou propor mudanças na atenção à saúde como política de direito.

A última dimensão de integralidade que apresentaremos refere-se ao desenvolvimento da *prática da equipe de saúde*, ou seja, do modo como se relacionam *equipe e usuários e equipe entre si*, a partir da *relação multi e interdisciplinar*.

2.3.7. Exercício profissional e integralidade – o trabalho em equipe.

A integralidade e o trabalho em equipe partem da discussão em torno do entendimento do processo de saúde-doença e das práticas construídas por distintas disciplinas em torno das situações de saúde, enquanto campo do conhecimento. Referem-se à relação estabelecida pela equipe entre si e pelo modo como as equipes se inserem nas unidades de saúde e no modelo de gestão, bem como estabelecem os vínculos com a população usuária.

A condução e o trabalho das equipes são marcados por posturas individuais e coletivas que se vinculam à formação profissional, à subjetividade e ao modelo de gerenciamento. As ações das equipes e as posturas individuais de seus membros

podem ocorrer pautadas pela multidisciplinaridade, interdisciplinaridade ou transdisciplinaridade, e/ou serem realizados mediante variados níveis de compromissos e/ou responsabilidades.

O campo da saúde requer dos profissionais atenção e visão multifacetada para apreender o processo saúde-doença, a compreensão do modelo de atenção sanitária e a apreensão das singularidades dos usuários dos serviços, o que exige romper com barreiras historicamente construídas do entendimento das condições e situações de saúde na perspectiva das ciências biomédicas em detrimento das ciências sociais.

A saúde compreendida numa dimensão ampliada vai exigir da equipe a realização de suas atividades baseada na confluência de saberes, o que caracteriza uma expressão da interdisciplinaridade a qual proporciona criatividade e avanço nas intervenções e é considerada uma prática essencial à Integralidade em saúde, pois, deste modo, as demandas atendidas serão observadas a partir de diferentes focos, e as respostas dadas serão voltadas para uma visão integral (ASSUMPÇÃO, 2007).

A postura interdisciplinar vai além da integração dos profissionais que atuam em um mesmo espaço; ela atinge a busca por ações e serviços que objetivam a associação da docência e o serviço e a interface entre o biológico e o social (NUNES, 1995 apud ASSUMPÇÃO, 2007).

A interdisciplinaridade é uma tentativa de sair da compartimentalização, mas não pode ser reduzida à tentativa de interligar conhecimentos, pois além do plano do conhecimento ou da teorização deve-se considerar a intervenção efetiva na realidade social.

Outra forma de abordagem realizada pelas equipes e que é mais comum de vermos nos serviços refere-se ao trabalho multidisciplinar. A multidisciplinaridade caracteriza-se como sendo

[...] estudo de um mesmo objeto por várias disciplinas; não há necessidade de integração entre elas, uma vez que cada qual concorre com seus conhecimentos específicos no estudo de determinado assunto, podendo, no máximo, resultar em certa organicidade de apresentação dos resultados ou de contribuições. São visíveis os níveis de cooperação das diferentes disciplinas e também a peculiaridade produzida pela consequente orientação dos conhecimentos envolvidos naquele estudo (Rodrigues 2000, p.126 apud, ASSUMPÇÃO, 2007, p. 63).

O trabalho focado na multidisciplinaridade nas equipes de saúde dificulta a inserção de uma determinada disciplina em outra e as fronteiras das competências técnicas são claramente definidas.

No que se refere à transdisciplinaridade, embora possa em muito contribuir para a efetivação da Integralidade da saúde, ainda é pouco realizada pelas equipes.

Na área da saúde, o trabalho em equipe pautado pela integralidade se destaca por contribuir no diagnóstico e na proposta terapêutica do usuário de forma mais abrangente. Então a equipe é capaz de ir além do histórico trazido pelo usuário por meio dos relatos ou dos exames clínicos, laboratoriais e especializados. É capaz de produzir núcleos comuns de discussão dos casos, produzirem e reproduzirem visões focadas numa dimensão ampla do sujeito.

A integralidade e o trabalho em equipe representam o esforço da construção de um eixo comum entre os profissionais em que o usuário seja o centro da atenção e das ações profissionais, ou seja, relacionam-se ao modelo de atenção à saúde usuário-centrado, o que ainda representa um desafio no âmbito da política.

No Brasil, nos últimos anos, a política de saúde propôs mudanças para que as intervenções das equipes fossem desenvolvidas com foco nas particularidades e/ou singularidades dos sujeitos. A exemplo, o Programa Saúde da Família e as modificações trazidas pela Política de Saúde Mental (com os modelos dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPad). Contudo, a fragmentação nas práticas das equipes e nos serviços de saúde é algo que ainda não foi superado. Para Cecílio (2001)

É possível adotar a ideia de que a Integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível. Numa primeira dimensão, a Integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, uma equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) ou um hospital. Poderíamos denominá-la “Integralidade focalizada”, na medida em que seria trabalhada no espaço bem delimitado (focalizado) de um serviço de saúde (p. 115).

No âmbito deste estudo nos ocupamos de entender como o princípio da integralidade foi inserido no modelo de atenção em saúde brasileiro e como tem sido apropriado pela política de saúde, atualmente.

Compreendemos que a integralidade e sua materialização na atenção à saúde está relacionada ao atendimento das necessidades geradas pelo processo saúde-doença, que se vincula ao modo de vida e organização da sociedade a partir de determinantes e condicionantes sociais. Porém reconhecemos as dificuldades que permeiam a definição e a materialização do princípio, dada à complexidade da saúde como objeto de conhecimento.

Dessa forma, partimos do entendimento de que o princípio da integralidade não pode ser discutido de modo isolado, mas inserido no contexto mais amplo de desenvolvimento histórico, político e social da saúde, a partir de sua inserção no conjunto das políticas sociais – elaboradas no âmbito das contradições presentes na relação entre Estado e Sociedade.

Verificamos que o princípio da integralidade, assim como os demais princípios que se constituem em pilares da política de saúde, sofrem a tensão entre o que preconiza o marco jurídico formal – que fundamenta a política – e as reais condições de efetivação, em tempos de contrarreforma. Nesse sentido, *a integralidade é apropriada de forma superficial e distanciada do conteúdo denso de sentido para a real efetivação da saúde enquanto direito social.*

Os princípios que norteiam a política de saúde – universalidade, equidade e integralidade, assim como os princípios estratégicos – regionalização, hierarquização, participação e descentralização, se pensados no conjunto da efetivação da seguridade social deveriam provocar mudanças profundas na política de saúde, e no conjunto das políticas sociais, formando efetivamente uma rede de proteção ampliada, coerente e consistente. Sendo possível, segundo Behring e Boschetti (2009), a transição de ações fragmentadas, desarticuladas e pulverizadas, para o conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade para assegurar direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência e às demais políticas sociais. Entretanto, no cenário em que forças das classes trabalhadoras se encontram arrefecidas e fragmentadas, os desafios postos à efetivação da política, tornam-se ainda mais amplos e complexos.

Nesse contexto, pensar como o princípio da integralidade é apropriado na política exige a reflexão sobre a política e sua materialização nos serviços de

atenção à saúde, enquanto política de direito inserida no conjunto mais amplo de políticas sociais e/ou do sistema de proteção social brasileiro, pensado a partir da constituição do Estado que busca responder as necessidades geradas pela estrutura de uma sociedade que é constituída por classes antagônicas, com interesses sociais distintos.

Analisar a apropriação do princípio da integralidade na política de saúde é também refletir sobre a efetivação do princípio no plano da materialização da política enquanto resposta às necessidades de saúde geradas por processos de desigualdades sociais. É entender a 'saúde', ou a fragilidade para que ela se efetive, como expressão da questão social e como resultados de determinantes e condicionantes sociais.

Com essas reflexões vemos que a integralidade da atenção à saúde apesar de estar colocada na Constituição Federal de 1988; e ser definida na lei orgânica de saúde (LOS) n° 8.080, de 19.09.90, bem como em documentos da política apresenta dificuldades para sua efetivação, o que se manifesta nas múltiplas necessidades sociais relacionadas às situações de saúde e/ou de doença e na própria estruturação do Sistema Único de Saúde. Concretamente, o usuário que busca o atendimento no SUS, enfrenta dificuldades para sua inserção nos serviços de saúde e do atendimento pautado pela perspectiva ampliada de saúde e pela integralidade da atenção no cuidado. Para aqueles que conseguem se inserir, são inúmeras as demandas relacionadas às outras necessidades de saúde, ou às necessidades sociais porque a política de saúde, isoladamente, não consegue responder.

Essa situação “empírica” motivou-nos a refletir e buscar entendimento, a partir do que preconiza o marco legal e o debate teórico sobre o tema, como tem sido apropriada a integralidade em documentos recentes da política.

CAPÍTULO 3:

A APROPRIAÇÃO DO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE

Para discutirmos a apropriação do princípio da integralidade na política de saúde empreendemos como metodologia momentos que foram aos poucos se desdobrando. Inicialmente procedemos no levantamento bibliográfico sobre a integralidade na saúde a fim de identificarmos como o tema é discutido nesse campo.

Nos estudos, a integralidade é debatida numa perspectiva mais focalizada, ou seja, *no âmbito do exercício profissional como elemento necessário para o desenvolvimento das práticas individuais e coletivas através do trabalho em equipe; e, como elemento fundamental a organização da política, com ênfase para a atenção a problemas específicos de saúde.* Na discussão da integralidade, de forma mais ampliada, verificamos a perspectiva que parte para *uma análise que se aproxima da intersectorialidade na saúde com a realização do trabalho em rede, enquanto estratégia de gestão.*

Foi possível identificar, ainda, no levantamento bibliográfico, a integralidade apresentada como uma *dificuldade* e uma *potencialidade* da política e, entre as fragilidades para sua efetivação: *a análise baseada na fragmentação do conhecimento, na disciplinaridade da formação profissional, no enfoque do modelo biomédico, entre outras,* conforme mencionado no capítulo anterior. As discussões fundamentam-se na análise da estruturação da política, na formatação e operacionalização do SUS e no âmbito do exercício profissional.

No processo de levantamento da literatura sobre o tema, vale chamar a atenção para as produções do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) que reúne pesquisadores e estudos com significativos trabalhos sobre a integralidade, sendo referência na maioria das publicações encontradas. Este grupo de pesquisa realiza anualmente debates, encontros e seminários de divulgação e discussão sobre o tema da integralidade. O

XI Seminário aconteceu em Recife no mês de setembro de 2011 com a discussão sobre “*Cidadania no Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde*”, sendo realizados debates sobre redes sociais, pluralidade e a universalidade do cuidado da saúde como direito de cidadania. Dessa forma, tivemos a oportunidade de nos aproximarmos e verificar a importância do tema de interesse de nosso estudo.

O levantamento bibliográfico e a reflexão teórica sobre o tema agregaram conhecimentos que contribuíram para a análise acerca da apropriação desse princípio nos documentos recentes da política. No marco legal *a integralidade é apropriada de modo vinculado à saúde a partir de sua dimensão ampliada e do modelo universalizante de saúde, que sofre os embates do modelo privatista de saúde, desde a proposição do SUS, no contexto de uma sociedade de capitalismo tardio*. No que se refere à reflexão teórica de estudiosos do tema, a integralidade é apropriada segundo diferentes definições, usos e dimensões do princípio, conforme vimos no capítulo anterior.

Nessa perspectiva, nosso entendimento é de que a apropriação do princípio da integralidade na política de saúde pode-se dar a partir da visão de totalidade, do entendimento da saúde em sua dimensão ampliada, como bem público e direito universal, ou mediante o entendimento que se afasta dessa perspectiva e ocorre por meio do desenvolvimento de ações fragmentadas e limitadas pelo entendimento de saúde, simplesmente, como ausência de doença e como bem de consumo.

Dessa forma, essas perspectivas de saúde ou de atenção à saúde que se relacionam ao modo de se entender a apropriação de integralidade – embora estejam perpassadas pelas questões dos processos formativos de profissionais, que ocorrem de modo fragmentado e baseado em especialidades, bem como da fragmentação na organização e condução da política que apresentam dificuldades nos processos de regionalização, hierarquização e descentralização dos serviços – não dependem, fundamentalmente, de ajustes nas práticas profissionais individuais, coletivas ou nos instrumentos de gestão. A questão maior que permeia a *apropriação do princípio da integralidade na política de saúde refere-se à direção*

que se tem dado a essa política no Estado de capitalismo tardio voltado, prioritariamente, para o mercado e geração de lucro.

Entendemos que no bojo da reforma do Estado, como discutimos no primeiro capítulo, a saúde enquanto direito social público, norteada pelos princípios da universalidade, equidade e *integralidade*, e inserida no conjunto mais amplo de políticas sociais, passa a ser compreendida numa outra lógica – como bem de consumo, atrelada aos mesmos mecanismos ditados pela sociedade de mercado. Nessa lógica, são colocadas como principais dificuldades de sua materialização e efetivação, as fragilidades nos mecanismos da eficiência na gestão e na frágil qualificação dos profissionais.

Na proposta atual da política, evidencia-se uma atenção à saúde de forma focalizada que propõe o atendimento para um grupo restrito, com ações mínimas realizadas pelo Estado, e o repasse ao mercado das ações e serviços lucrativos, para os que podem pagar, conforme verificamos no capítulo primeiro.

Neste cenário, propomos a realização de pesquisa qualitativa sobre a apropriação do princípio da integralidade na política de saúde, buscando compreender em documentos recentes da política, como esse princípio é apropriado, visto que nos últimos anos, o entendimento das categorias utilizadas pelo MRSB que culminaram na proposição do SUS, vêm sendo ou descartadas ou refuncionalizadas. Outras categorias e conceitos vêm sendo utilizados, enfatizando-se ‘as políticas que atuam diretamente nos comportamentos e práticas individuais’, que são importantes, mas se trabalhadas de forma isolada, podem reproduzir uma lógica, no interior da política, de responsabilização individual sobre o processo saúde-doença (SOARES, 2010, p. 93).

Nesse sentido, para empreender nosso estudo realizamos pesquisa qualitativa e utilizamos a análise de conteúdo de documentos. Acompanhamos Cellard (2008), quando ao justificar o uso de documentos aprecia a riqueza de informações que deles pode se extrair

[...] o documento escrito constitui uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais. Ele é, evidentemente, insubstituível em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante,

pois não é raro que ele represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas. Além disso, muito freqüentemente, ele permanece como o **único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente** (p. 295, grifo nosso).

Para Bardin (2004), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise do processo de comunicação, que permite o estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e *tendências*. Seria uma metodologia voltada a uma hermenêutica controlada, baseada na inferência e na dedução.

Assim, buscamos analisar o conteúdo da apropriação da integralidade no relatório da 12ª e da 13ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), levando em conta o objetivo desses documentos de apresentar uma avaliação da saúde no país e diretrizes para política de saúde, enquanto política pública. Outro documento utilizado na análise foi o Plano Estadual de Saúde de Pernambuco (PES/PE) elaborado para ser executado no período de 2008-2011, cuja finalidade é propor ações e serviços de saúde para o Estado, considerando a situação e necessidades de saúde da população.

Nesse estudo foram utilizados documentos escritos (impressos) relativos à política de saúde – os relatórios das Conferências estão disponíveis no site do Conselho Nacional de Saúde e o Plano Estadual de Saúde de Pernambuco – 2008/2011 (PES/PE) foi obtido mediante o contato com a Secretaria Estadual de Saúde.

3.1 – Critérios para a escolha dos documentos

A definição dos documentos se deu a partir de alguns questionamentos; afinal por que saber sobre a apropriação do princípio da integralidade na política de saúde, atualmente? Qual a relevância disso para a discussão e aprofundamento acerca do princípio? Por que os relatórios das conferências e o plano estadual, e não outros documentos? Sobre esses questionamentos vale ressaltar o que nos afirma o apontamento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

[...] às conferências de saúde cabe a atribuição de “**definir as diretrizes** para a política de saúde” (BRASIL, 1990a, art. 1º, § 1º), a transformação dessas diretrizes em ações efetivas, permitindo que a vontade social expressa nas recomendações se converta em realidade, é responsabilidade compartilhada entre as instituições do Estado e os conselhos de saúde. (...)

O que os processos de gestão democratizados permitem é ouvir os interesses das diferentes partes e incorporá-los no planejamento de suas respectivas atividades, procurando caminhos que tornem possível atender à maior parte das demandas e buscando responder aos objetivos de equidade (2009, p. 34-35, grifo nosso).

Entendemos que compreender a apropriação do princípio da integralidade na política de saúde a partir da análise de documentos atuais e que representam o resultado de discussão coletiva com a participação de distintos sujeitos sociais: gestores, profissionais e usuários; bem como através da análise do Plano que representa um instrumento de gestão, também com a participação desses sujeitos sociais, caracteriza-se como *um caminho* para fundamentação das análises relacionadas ao entendimento acerca da efetivação desse princípio no âmbito de sua materialização.

Não obstante, compreendemos que para a ampliação de direitos sociais a representação e expressão das necessidades e demandas coletivas nos espaços legítimos de participação e controle social é apenas o primeiro passo; transformar as resoluções das conferências, os objetivos, as diretrizes e as metas do Plano de saúde, em realidade são resultados de profundas mudanças sociais, que alteram equilíbrios de poder e dependem da existência de sujeitos políticos capazes de promover essas mudanças.

A apropriação do princípio na política de saúde, a partir dos documentos recentes, possibilita identificar a direção dada ao sistema de saúde e a perspectiva de cuidado e atenção em saúde assumida. As propostas adotadas a partir da correlação de forças entre população usuária, sociedade civil, trabalhadores e gestores apontam que a política de saúde parte do conjunto de elementos que inclui a discussão, a avaliação e a proposição dos diferentes sujeitos sociais.

Assim, na análise dos relatórios partimos do entendimento de que as conferências, ainda que sejam espaços onde as forças hegemônicas por vezes possam exercer posições contrárias à saúde como direito e bem público ou contrapor-se aos interesses da classe trabalhadora, constituem-se em espaços legítimos de discussão responsáveis por avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nas diferentes esferas de gestão (Lei 8.142, de 28.12.90).

Os relatórios das conferências são documentos de *avaliação da política*, em que são definidas novas resoluções debatidas por distintos atores da sociedade: usuários, profissionais, sociedade civil organizada e gestores. Escolhemos analisar a 12ª e a 13ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) por se tratar de conferências mais recentes, a primeira realizada em 2003 e a segunda em 2008, o que a nosso ver possibilitaria perceber, dada a distância de realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em que houve a proposição do SUS em 1986, como atualmente vem sendo apropriado e discutido o princípio da integralidade.

A intenção é desvelar nas resoluções o entendimento acerca do princípio, compreendendo que o sentido apreendido acerca da integralidade pelos distintos atores da política influencia diretamente na condução e materialização do mesmo.

No que se refere ao Plano⁸ Estadual de Saúde de Pernambuco – 2008/2011 (PES/PE), a escolha se deu considerando que esse Estado tem conduzido a política de saúde com base no modelo de gestão fortemente marcado pela relação público-privado. Nesse sentido, refletir como o ente federativo estadual conforma suas ações em relação à integralidade – princípio basilar do SUS é entender o sentido de cuidado e atenção à saúde apropriado na política, no contexto da esfera estadual.

3.2. A armadura metodológica para a análise da apropriação do princípio da integralidade na política de saúde.

Durante o processo de pesquisa o trabalho com o material resultante da coleta nos documentos parecia levar-nos de volta aos conteúdos estudados na análise bibliográfica. O resultado desse processo de leituras e reflexão, aproximações e distanciamentos é o que passamos a apresentar como decorrências do estudo.

⁸ O Plano de saúde – nas instâncias federal, estadual e municipal – é preconizado pela LOS, como parte do processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e de forma ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizam as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos. Suas diretrizes são estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa (LOS nº 8.080 de 19.09.90, art. 36, 37).

Nos diversos itens que compõem os relatórios, buscamos apreender os aspectos que permitem desvelar o sentido sobre o princípio da integralidade apropriado⁹ nos documentos.

Para nortear a análise consideramos a integralidade sob duas perspectivas: na *primeira perspectiva* o princípio é pensado no contexto da saúde sob uma visão pautada na totalidade dos processos, da saúde em sua dimensão ampliada, compreendida a partir dos determinantes e condicionantes sociais – condições de vida (moradia, alimentação, infra-estrutura sanitária, lazer, etc.); da estruturação da política como resposta do Estado às necessidades da população e ao processo de produção e reprodução das relações sociais, bem como direito público e universal.

Na *segunda perspectiva* consideramos a inclusão do princípio da integralidade, a partir da análise de que se trata de um princípio constitutivo da política forjada nas contradições presentes no contexto da sociedade capitalista, em que a política pública de saúde é constituída sob fortes embates do projeto privatista de saúde.

Com esses entendimentos, a análise dos dados foi realizada a partir do agrupamento das resoluções em torno do processo de classificação dos aspectos que emergiram dos relatórios. Na primeira classificação geral a integralidade aparece sendo apropriada como “*preceito constitucional, princípio de uma política de direito, devendo ser obedecida*” (quadro 03). Ou seja, por se tratar de um princípio de uma política de direito, as resoluções apontam a exigência de que seus princípios se concretizem no atendimento das necessidades de saúde.

Entretanto, a política de saúde, como foi visto nos capítulos anteriores, é composição contraditória de interesses sociais difusos que partem da reivindicação das classes trabalhadoras e das classes dominantes, sendo mediada pela ação do Estado, que no movimento de tencionamento, busca atender às necessidades de ambas as classes, sendo a consciência dos fatores políticos, econômicos e sociais da realidade determinante na capacidade de tencionar e na busca de transformações nas políticas (BEHRING e BOSCHETTI, 2009).

⁹ Por apropriação compreendemos o ato ou efeito de apropriar (-se), de se tornar próprio. Buscamos o sentido, a direção dada ao princípio.

Na segunda classificação geral dos dados na análise dos relatórios verificamos outro conjunto de resoluções que se referem ao sentido de *“integralidade como desafio/limite à efetivação da política de saúde”* (quadro 03). Esse aspecto se destaca entre as resoluções dos relatórios na medida em que são indicadas recomendações, estratégias e elementos para a viabilização do princípio da integralidade com vistas à superação e/ou enfrentamento das dificuldades de viabilização da política.

Chama-nos a atenção nas duas classificações gerais que as resoluções ao referirem a integralidade as fazem mencionando, paralelamente, *processos de articulação* entre:

- Esferas de gestão: Município, Estado e União – ênfase dada às responsabilidades de cada esfera de governo e aos níveis de atenção/cuidados: Básica, Média e Alta Complexidade.
- Ações e serviços de: Promoção, Prevenção e Assistência.
- Políticas de Saúde e demais políticas setoriais – dimensão intersetorial: assistência social, habitação, saneamento, emprego, renda lazer – educação entre outras.
- Diferentes áreas de saberes que são desenvolvidas por equipe multiprofissional: considerando o conceito ampliado de saúde e a perspectiva multi e interdisciplinar.
- Ações intrasetoriais.
- Ensino, pesquisa e extensão.
- Rede pública e conveniada.

As classificações específicas que emergiram da análise dos relatórios trazendo a *articulação* como *elemento fundamental à operacionalização da integralidade* nos inquietaram a novas indagações que poderão ser objeto de futuros estudos – Seria a integralidade mera articulação? – A articulação mencionada entre as instâncias de governo, ações e serviços, entre políticas ou entre profissionais é suficiente à realização da integralidade? – Afinal, o que é articulação e como contribui para a efetivação da integralidade?

No que se refere à análise do PES/PE, não empregamos as classificações gerais utilizadas para os relatórios das conferências, por se tratar de documento com outra estrutura e finalidade. Assim, buscamos analisar *como a integralidade é apropriada* partindo dos componentes de sua estruturação. Enfatizamos os componentes:

- *Análise Situacional do Estado*, que demonstra dados referentes a *Condições de saúde da população, Determinantes e Condicionantes, e Gestão*.
- *Objetivos, Diretrizes e Metas*, que demonstram os *eixos prioritários*, correspondentes às *principais demandas* da população e às linhas de ação propostas.

Nesses componentes, de onde emergiram unidades de textos relacionadas aos aspectos de integralidade destacados no capítulo anterior, tomaremos como elementos orientadores da análise:

- Condicionantes e determinantes sociais / Intersetorialidade;
- Ações e serviços que articulem promoção, prevenção e assistência em todos os níveis de complexidade do sistema;
- Respostas a problemas específicos de saúde;
- Integralidade articulada ao exercício profissional (prática multidisciplinar).

3.2.1 – A apropriação do princípio da integralidade nas 12ª e 13ª Conferência Nacional de Saúde (CNS).

As Conferências, os conselhos e os planos de saúde são fundamentais para o exercício da participação e do controle social no processo de implementação da política de saúde em todas as instâncias de governo. Nas três esferas de gestão os avanços são significativos, ainda que seja possível identificar a permanência de muitas fragilidades e a necessidade de superação de práticas clientelistas ou corporativas que subsistem em muitas situações (CONASS, 2008).

Em relação às conferências, especificamente, têm-se reafirmado – por meio do respaldo popular e da participação de amplos setores sociais – as lutas e a (re) formulação do sistema de saúde no Brasil, desde a sua origem.

Aspectos históricos demonstram que nem sempre foi assim. As conferências foram instituídas em 1937, no primeiro governo de Getúlio Vargas, e tinham caráter, estritamente, intergovernamental. Foram previstas para serem realizadas a cada dois anos, mas apenas em janeiro de 1941 foram convocadas (ibidem p.2008). Até os nossos dias foram realizadas 14 conferências nacionais de saúde, e a proposta atual é de sua realização a cada quatro anos.

A ênfase da nossa pesquisa se assenta na análise dos relatórios das conferências mais recentes, quais sejam a 12^a e 13^a Conferência Nacional, visto que até a realização desse estudo o relatório definitivo da 14^a CNS ainda não havia sido publicado.

A 12^a Conferência Nacional de Saúde (CNS), chamada de Conferência Sérgio Arouca – em homenagem ao sanitarista e ex-secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde – que deveria ter sido realizada em 2004 foi antecipada. Com a posse do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva e de sua equipe, em janeiro de 2003, o Brasil teria marcado um novo momento histórico. Nas palavras do então ministro da saúde Humberto Costa, “A participação popular no governo federal deixou de ser mera formalidade, tornou-se uma ação política concreta” (BRASIL, 2004, p. 13).

Consoante com esse compromisso, o Ministério da Saúde propôs, ainda no início da gestão, antecipar a realização da 12^a Conferência Nacional de Saúde (CNS) para aquele mesmo ano e, com isto, conseguir articular as mudanças necessárias a partir de propostas advindas da sociedade.

Com o tema central: *“Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos”*, a conferência foi estruturada a partir de dez eixos temáticos (ver Quadro 02) e contou com a participação de “mais de 4.000 cidadãos” (BRASIL, 2004, p. 15), sendo precedida por cerca de 3.100 conferências municipais e 27 estaduais. Os debates foram realizados em 135 grupos de trabalho e foram apresentadas 723 diretrizes relativas aos 10 eixos temáticos tratados, além de 90 moções de caráter geral. O relatório foi publicado um ano depois (CONASS, 2008, p. 20-21).

A 13^a Conferência Nacional de Saúde (CNS) teve como tema central: *“Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento”* e foi precedida por 4.413 conferências municipais e 27 estaduais. Contou com 3.068 delegados, 302

observadores e 210 convidados e seus debates foram organizados em torno de três eixos temáticos que geraram 691 resoluções e 157 moções (ibidem, p. 21). A 13ª CNS foi a maior já realizada, tanto em número de participantes, como no número de resoluções aprovadas.

QUADRO 02 - As Conferências Nacionais de Saúde – temas

Conferência/ Ano	Tema Central	Eixos temáticos	Diretrizes e moções	Referência ao princípio da integralidade
12ª CNS 2003	Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos.	1) Direito à saúde.	723 e 90	24
		2) A Seguridade Social e a saúde.		
		3) A intersetorialidade das ações de saúde.		
		4) As três esferas de governo e a construção do SUS.		
		5) A organização da atenção à saúde.		
		6) Controle social e gestão participativa.		
		7) O trabalho na saúde.		
		8) Ciência e tecnologia e a saúde.		
		9) O financiamento da saúde.		
		10) Comunicação e informação em saúde.		
13ª CNS 2008	Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento.	1) Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento.	691 e 157	18
		2) Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde.		
		3) A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.		

Fonte: Relatórios da 12ª e 13ª conferência. Elaboração própria, 2012.

Nos relatórios da 12ª e 13ª conferências verificamos nos eixos temáticos dentre as diretrizes, resoluções e moções aprovadas que 42 fizeram referência à *integralidade*. Os números de resoluções de uma forma geral reflete a complexidade das demandas e interesses presentes nas conferências, contudo podem representar ao mesmo tempo uma pulverização de propostas e possíveis perdas nos conteúdos para o que se deseja aprovar entre as prioridades, bem como dificuldades para a

exequibilidade. Tal análise, não diferentemente, recai sobre as resoluções referentes ao princípio da integralidade.

Nas resoluções decorrentes dos dez eixos temáticos da 12ª CNS vamos verificar que o princípio da integralidade *atravessa os conteúdos das mesmas, sendo mencionado segundo reivindicações específicas.*

Quanto ao relatório da 13ª CNS, sua estruturação interna apresenta três eixos temáticos. Em cada eixo há uma indicação para proposições inéditas, sendo possível verificar também *a referência ao princípio da integralidade em todos os eixos temáticos.*

Realizamos o estudo sobre a apropriação do princípio da *integralidade* nos dois relatórios a partir das resoluções que se inserem nas classificações gerais de análise e nas classificações específicas, nas quais pudemos identificar particularidades correlacionadas às reflexões teórico-conceituais de estudiosos do tema que discutimos no capítulo anterior.

QUADRO 03 – Classificações de Análises

Classificação geral de análise	Classificações Específicas
A Integralidade como princípio na política de saúde – enquanto política de direito.	Articulação entre ações e serviços de promoção, prevenção e assistência.
	Articulação entre níveis de atenção: básica, média e alta complexidade.
	Definições de papéis entre instância governamental (município, estado e união)
	Articulação intersetorial
	Pactuação intrasetorial
	Articulação multiprofissional (perspectiva multi e interdisciplinar)
A Integralidade como desafios/limites a efetivação da política de saúde.	Articulação entre universidades, secretarias de saúde e movimentos sociais na formulação de políticas.
	Articulação entre ensino – pesquisa e extensão.
	Mecanismos de articulação – rede pública e privada conveniada.

Fonte: Relatórios da 12ª e 13ª conferências. Elaboração própria, 2012.

Nas duas classificações que estamos tomando como base para a nossa análise a *articulação* aparece como elemento chave da apropriação da *integralidade* na política de saúde. Desse modo convém explicitar o que vem a ser articulação.

Epistemologicamente, articulação é um modo de pensar as estruturas do que nós conhecemos como um jogo de correspondências, não correspondências e contradições, como fragmentos na constituição do que nós entendemos como unidades. Politicamente, articulação é um modo de trazer ao primeiro plano a estrutura e o jogo de poder que acarreta em relações de dominação e subordinação. Estrategicamente, articulação garante um mecanismo para dar forma à intervenção em formações, conjunturas e contextos sociais particulares (SLACK, 1996, p.112 apud HYPOLITO e LEITE, 2006, p.06).

Nesse sentido, a articulação é um conceito que permite compreender e se aproximar de mecanismo de operacionalização da política de saúde, por meio de processos de criação e reelaboração de conexões ou coordenações de ações, serviços, responsabilidades, e papéis que diferem entre si, mas mantêm uma unidade. Nos processos de articulação há implícitos também relações políticas de dominação e subordinação. Os processos de articulação não são compreendidos como soma de partes ou elementos, mas como ferramenta conceitual para se entender as estruturas e intervir sobre elas, compreendendo as dinâmicas e os movimentos dos embates sociais, as formações, conjunturas e contextos.

Assim, o princípio da integralidade é apresentado nas resoluções dos relatórios a partir de articulações entre diferentes elementos, como esferas de governo, níveis de cuidados, ações e serviço de promoção, prevenção e assistência, articulação intra e intersetorial e a partir da articulação de saberes e práticas, por meio de equipes multiprofissionais e a partir do binômio público e privado.

- **A integralidade como princípio na política de saúde – enquanto política de direito.**

Ao refletirmos sobre a apropriação do princípio da integralidade como um dos *princípios basilares* da política de saúde, *enquanto política de direito*, e ao reconhecermos dentro desta classificação geral as classificações específicas que possuem como elemento central de suas definições o processo de articulação, compreendemos que uma política social não se faz sem participação de sujeitos sociais e políticos.

Os direitos sociais no Brasil, como em outras partes do mundo, são resultado de processos de construção de diferentes sujeitos sociais que colocam na arena política seus interesses e necessidades diferentes e muitas vezes conflitantes, em busca do reconhecimento social dos mesmos, expressos em constituições ou leis (CONASS, 2008).

A conquista dos direitos sociais exige dos sujeitos sociais e políticos a atuação e a participação nas decisões que o afetam. Contudo, pensar os direitos sociais no Brasil a partir do processo de contrarreforma é pensar em particularidades do processo de constituição e implementação, como vimos nos capítulos anteriores.

Os processos de *articulação*, seja entre esferas governamentais (municipal – estadual e federal), seja entre níveis de atenção e cuidado (atenção básica, média e de alta complexidade) ou entre ações e serviços (promocionais, preventivos e curativos), por exemplo, são colocados nos relatórios a partir de definições de papéis, responsabilidades específicas e co-responsabilidades de sujeitos sociais e políticos, bem como a partir da efetivação do controle social. Nas resoluções abaixo isso fica claramente evidenciado:

[...] Para que o SUS possa ser efetivo quanto à integração e à coordenação das ações, visando a **tão almejada integralidade** na atenção, torna-se imperativo **promover a efetiva cooperação entre as três esferas de governo, assentada em bases jurídicas sólidas, que definam claramente os papéis e responsabilidades comuns e específicas de cada ente**, que potencializem os recursos financeiros e integrem a formulação de políticas, de planejamento, de coordenação e de avaliação do sistema, incluindo os mecanismos de interação e de co-gestão para lidar com conflitos. (12ª CNS, p. 67, grifo nosso).

[...] Planejar e organizar a rede hospitalar e de urgências, com a **definição das responsabilidades nas três esferas de governo, garantindo a atenção integral** às urgências por meio da transversalidade de atuação das coordenações municipais, estaduais e regionais do sistema de urgências; [...] coordenar a atenção médica em situações de desastre, estimulando, por meio desta atuação transversal, a organização de uma Rede de Atenção Integral às Urgências, **buscando a universalidade, a equidade e a integralidade** (13ª CNS, p.190, grifo nosso).

[...] O Ministério da Saúde deve apoiar as secretarias estaduais e municipais de saúde no fortalecimento dos processos de Regionalização da Saúde, com a implantação/implementação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI), **tendo como premissas o papel/competências das regionais de saúde**, a regionalização dos serviços de referência de média e alta complexidade, com a **garantia do acesso, a resolutividade e a integralidade da atenção à saúde**, o repasse fundo a fundo para os estados e municípios, sob controle dos

conselhos de saúde e a alocação de recursos para construção (13ª CNS, p. 236, grifo nosso).

Tais resoluções relacionadas a competências, papéis e responsabilização dos entes federativos são centradas na saúde como direito e como serviço. Nos relatórios, tanto da 12ª quanto da 13ª CNS, ao avaliar a política há uma série de resoluções que demonstram o caráter complexo de operacionalização da política e da efetivação de seus princípios. Nesse sentido enfatizar o aspecto da *saúde enquanto direito*, que precisa ser garantido através da participação e do desenvolvimento das distintas responsabilidades dos entes federativos, representa uma primeira apropriação dada ao princípio da integralidade nos documentos.

Tal apropriação faz-nos refletir sobre o caminho construído através do marco jurídico formal para a efetivação das estratégias de gestão, das definições de papéis das instâncias governamentais e da articulação entre os níveis de cuidados – que são geradas a partir de necessidades de saúde que surgem mediante a multideterminação do processo saúde-doença. Faz-nos pensar que, apesar dos embates políticos, das correlações de forças entre distintos sujeitos sociais, no aspecto legal se garante o princípio. Contudo, os desafios postos à efetivação dessa garantia no plano da materialização precisam ser pensados a partir da direção que seus sujeitos sociais têm dado à política de saúde, desde a sua implantação. Compactuamos com o trecho da introdução referente ao eixo V da 12ª CNS quando refere:

[...] A intensa luta por preservar o Sistema Único de Saúde, na contramão das reformas neoliberais e diante das fortes restrições financeiras, impossibilitou que o modelo de atenção à saúde fosse substancialmente modificado para atender aos princípios e às diretrizes de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social. Este é o maior desafio atual: implementar o direito à saúde no cotidiano dos serviços de saúde (p.77).

Nessa direção, a efetivação da política de saúde enquanto política de direito entendida como bem público e política universal garantida a toda a população está na contramão dos interesses da ordem vigente que concebe a saúde como bem de consumo. O embate que se assenta na luta ideológica pela construção da saúde como um valor público considera que há um retrocesso importante, no qual “a saúde passa a ser vista como um bem de consumo e, mais do que isto, como um modelo

de consumo caracterizado pela ausência da dor e do sofrimento” (FLEURY, 2009, p. 749).

O resgate da saúde como um bem de caráter público, consubstanciado na definição de uma norma legal e do aparato institucional que visam à garantia de seus princípios é realizado nas seguintes resoluções:

[...] a Constituição Federal de 1988 reconhece o direito à saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação da população como os princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde (SUS). As Leis Orgânicas da Saúde (n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90) regulamentam esses princípios, **reafirmando a saúde como direito universal e fundamental do ser humano** (12ª CNS, p.23 grifo nosso);

[...] Reafirmar o papel central do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de suas respectivas atribuições [...] pelo preceito constitucional de que a saúde é de relevância pública e pelos princípios de integralidade, equidade e controle social (12ª CNS p. 25-26).

O direito à saúde e a efetivação de seus princípios, entre estes o princípio da integralidade, não se pode concretizar independente do conjunto de determinantes sociais de saúde que remetem ao Estado o dever de assegurar as condições necessárias para que o cidadão usufrua das garantias estabelecidas no marco legal.

Pudemos identificar nas resoluções das duas conferências em tela, que a *integralidade deve nortear a articulação intersetorial* em relação ao acesso a outras políticas com vista à melhoria nas condições de vida. Neste sentido os documentos mencionam a *participação das políticas* de: educação, habitação, saneamento, lazer, etc. articulada à política de saúde.

[...] Assegurar que as políticas sociais e econômicas se orientem pela garantia de uma vida saudável mediante acesso a educação, emprego, renda, alimentação, moradia, segurança, cultura, preservação das tradições, saneamento básico, meio ambiente saudável, transporte, lazer e esportes, assegurando uma política de infra-estrutura agrária e urbana que garanta o desenvolvimento socioeconômico e cultural das famílias: [...] II. incluindo a universalidade e a integralidade como princípios norteadores das políticas intersetoriais para o efetivo impacto de melhoria das condições de vida e de saúde da população (12ª CNS, p.44)

A articulação entre profissionais, considerando-se a participação de equipes nos serviços numa perspectiva multi e interdisciplinar, também é relacionada como fundamental para a *garantia da integralidade na assistência*. O processo de cuidados em saúde, sobretudo após a aprovação da Política Nacional de Humanização em 2003, reforça a ação dos profissionais como fundamentais à condução da política. Vejamos as diretrizes que trazem essas afirmações:

[...] **Garantir integralidade** na assistência e reabilitação dos(as) portadores(as) de doenças ocupacionais desde exames de média e alta complexidade, como ultra-som, tomografia, ressonância magnética, eletrocardiograma, entre outros, até o **acompanhamento multiprofissional** [...] (13ª CNS, p. 43 – inéditas, grifo nosso).

[...] Que os Ministérios da Saúde e da Educação, em articulação com as secretarias municipais de saúde e o controle social, definam e implementem uma política pública de incentivo à mudança, em todos os níveis de formação de profissionais de saúde, que contemple estratégias e ações intersetoriais para efetivar práticas multiprofissionais e a produção de conhecimento interdisciplinar [...] buscando a construção de novas tecnologias do saber/fazer em saúde que rompam com a lógica de fragmentação do conhecimento, em consonância com o princípio da integralidade, garantindo a formação de um profissional de saúde comprometido com o SUS, com a qualidade da atenção à saúde, com o usuário e com o controle social [...] (13ª CNS, p. inédita).

A organização dos processos de trabalho surge como questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades. No modelo assistencial vigente, médico hegemônico, a assistência volta-se para a consulta médica e para a amenização da dor e do sofrimento em detrimento da saúde numa concepção ampla que considera fatores promoção e prevenção impossível de ser realizada apenas através da política de saúde.

O processo de trabalho desenvolvido nas unidades e serviços de saúde necessita de uma interação de saberes e práticas profissionais. Segundo Franco e Merhy (2003)

Prevalece no atual modo de produção de saúde, o uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos), em detrimento de tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) para o cuidado ao usuário (MERHY, 1998). Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado

nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado (p.03).

Outra forma de cuidado que se realiza a partir da articulação e participação intrasetorial norteada pelo princípio da integralidade é indicada na moção seguinte

[...] aprova as recomendações que: a) sejam efetivadas as premissas de assistência farmacêutica para assegurar a devida disponibilização de medicamentos essenciais pelo SUS; b) o acesso a medicamentos essenciais pelo SUS seja garantido a todo momento que este acesso for necessário; c) os medicamentos distribuídos tenham qualidade, eficácia e segurança garantidas pelos órgãos competentes. Considerando que todos os serviços e ações de saúde prestados no Brasil são de relevância pública (artigo 197 da CF), e que **o SUS tem como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade de suas ações – quem quer que os prestem deve observar os princípios e diretrizes da Constituição Federal e da Lei Orgânica de Saúde** (moção 036, grifo nosso).

O acesso a fármacos ocorre via rede de medicamentos, viabilizado a partir da articulação intrasetorial no âmbito mesmo da política de saúde. Contudo, esse acesso ainda se constitui um desafio para muitos usuários da saúde, visto que mesmo tratando-se de uma garantia jurídica formal, o acesso a medicações, principalmente daquelas com custo mais alto, ainda é restrito ou inexistente, tendo o usuário que recorrer a processos judiciais para ter garantia ao direito.

Não se pode pensar a integralidade do direito à saúde diante do não acesso à medicação. Entretanto, sabe-se das contradições no campo da saúde advindas da relação com o Complexo Médico Industrial (CMI) “entendido como uma trama de forças entre os diversos atores da saúde com o setor econômico”. No âmbito de constituição da política de saúde, “(...) 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”. (DA ROS, 2006 apud RIBEIRO, 2008). Fleury (2009) 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* (ibidem, 2009).

Na defesa do direito à saúde e, principalmente, quanto ao acesso às medicações de alto custo ou ao uso de “tecnologias duras”, verifica-se na atual fase de implantação do SUS, segundo Fleury (2009)

[...] a presença marcante dos atores jurídicos e até mesmo o desenvolvimento de um ramo do direito que ficou conhecido como direito sanitário. Esta é uma consequência da constitucionalização do direito à saúde. No entanto, como a justiça tende a entender o direito à saúde como um direito individual e não como direito coletivo, ela age em função daqueles pacientes que, por possuírem maior informação e maiores recursos, são capazes de acioná-la quando têm seus direitos negados. Ao atender a estas demandas individuais, a justiça impede o planejamento das ações de saúde e, muitas vezes, canaliza os escassos recursos para procedimentos individuais em detrimento de ações coletivas (p. 750).

No conjunto das resoluções apresentadas nos relatórios das conferências à *apropriação da integralidade* como princípio basilar do direito à saúde e que, portanto, necessita ser efetivado *é permeado por um debate que se vincula fortemente a organização, gestão e financiamento da saúde* – caracterizando-se como discussões importantes de serem realizadas – porém que precisam estar articuladas ao conceito ampliado de saúde, a seus determinantes sociais como fundamentais à incorporação da organização do sistema e das práticas sanitárias. Segundo (PAIM, 2009 apud COSTA, 2010) “os ideais da Reforma Sanitária foram subsumidos em função das agendas do SUS, aparecendo nos documentos apenas como retórica” (p. 32).

- **O princípio da Integralidade apropriado na perspectiva de superação dos desafios e limites à efetivação da política de saúde.**

O princípio da integralidade *como um dos elementos de superação dos desafios e limites à efetivação da política caracteriza-se a nosso ver como um segundo modo de apropriação* colocada nos relatórios das conferências que estamos aqui analisando; e aproxima-se do sentido dado ao princípio como preceito legal e elemento fundamental de garantia do direito à saúde, tratado anteriormente. Isto é, ao se reafirmar o princípio nas proposições, tem-se implícita a ideia de que há limites para a sua efetivação e, conseqüentemente, para a efetivação da política de saúde, enquanto política de direito.

Elencamos nos documentos os desafios e limites através de três classificações específicas, que emergiram dos documentos. São elas: a articulação entre universidades, secretarias de saúde e movimentos sociais na formulação de políticas; a articulação entre ensino, pesquisa e extensão; e mecanismos de articulação entre rede pública e privada conveniada.

Nos relatórios, verificamos resoluções que indicam conteúdos concernentes à *necessidade de compreensão acerca de integralidade* por parte de usuários, profissionais e gestores da saúde, e resoluções voltadas à *necessidade da inclusão da integralidade como elemento importante na formulação das políticas*. Nesse sentido, destaca-se o papel da articulação entre universidades, secretarias e movimentos sociais.

[...] Postular como prioridade a articulação entre universidades, secretarias de saúde e movimentos sociais, na formulação de políticas e de projetos que aproximem as diferentes realidades sociais dos municípios ao processo pedagógico de formação em saúde para os níveis técnico e superior, com a introdução de conteúdos referentes às políticas de saúde, à humanização, à atenção básica, enfatizando a visão da integralidade do cuidado e formando, assim, profissionais com perfil voltado à promoção e à atenção à saúde, e comprometidos com o SUS (13ª CNS, p.116).

A *inclusão da integralidade como conteúdo na formação profissional* é apresentada a partir do entendimento de que *as fragilidades para efetivação desse princípio estariam na ausência de conhecimento do princípio* e de que, portanto, para que a política norteada pelo princípio da integralidade se efetive, faz-se necessário *incluí-la nos debates acadêmicos e nas disciplinas da base de formação dos profissionais em saúde*. Nessa direção apontam as resoluções dos relatórios:

[...] VIII. propiciando esclarecimento da população sobre os princípios da universalidade, equidade e integralidade, o objetivo e as estratégias de implantação do SUS, tais como a Saúde da Família, os Agentes Comunitários de Saúde, a Interiorização do Trabalho em Saúde, democratizando o acesso às informações dos sistemas de informações existentes, com a criação e divulgação de folderes explicativos, cartilhas, treinamentos e cursos; (12ª CNS, p. 165).

O Ministério da Saúde deve apoiar as secretarias estaduais e municipais de saúde na capacitação e qualificação dos trabalhadores da saúde, [...] por meio da implementação de uma política de educação permanente em

saúde, em atividades de formação diversificada, inclusive de pós graduação, especialização, mestrado, doutorado, que busquem refletir sobre as problemáticas do mundo do trabalho [...] a integralidade do cuidado e a humanização do próprio sistema com a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

Outra ênfase dada ao processo de formação na saúde de modo a contemplar a integralidade do cuidado refere-se a *mudanças no sentido da efetivação de práticas multiprofissionais e interdisciplinares*, buscando a elaboração de novas tecnologias do saber/fazer em saúde. A diretriz abaixo aponta para o objetivo de romper a lógica de fragmentação do conhecimento em conformidade com o princípio da integralidade.

[...] Que os Ministérios da Saúde e da Educação, em articulação com as secretarias municipais de saúde e o controle social, definam e implementem uma política pública de incentivo à mudança, em todos os níveis de formação de profissionais de saúde, que contemple estratégias e ações intersetoriais para efetivar práticas multiprofissionais e a produção de conhecimento interdisciplinar para o fortalecimento do trabalho em equipe, a qualificação de professores para metodologias ativas de ensino-aprendizagem e para a ativação de processos de mudança, a parceria entre instituições de ensino, serviços de saúde e as organizações comunitárias, buscando a construção de novas tecnologias do saber/fazer em saúde que rompam com a lógica de fragmentação do conhecimento, em consonância com o princípio da integralidade, garantindo a formação de um profissional de saúde comprometido com o SUS, com a qualidade da atenção à saúde, com o usuário e com o controle social (13ª CNS. P.129).

Outro enfoque dado à necessidade do processo formativo como estratégia de superação ou de viabilização e fomento às dificuldades de efetivação do princípio da integralidade refere-se à *articulação entre ensino, pesquisa e extensão*.

[...] Favorecer o intercâmbio entre os serviços de saúde, as universidades e escolas de ensino superior, exigindo o cumprimento da Lei n.º 8.080/90 que dispõe sobre a obrigatoriedade das instituições públicas e privadas de ensino superior e os serviços de saúde de promoverem de maneira articulada as atividades de ensino, pesquisa e extensão nos diversos níveis de atenção à saúde da população:

I. promovendo a revisão das grades curriculares dos cursos de graduação na área da Saúde, **pautada nos princípios e diretrizes do SUS;**

II. implementando programas de estágio e de extensão, e cumprindo um papel ativo no levantamento de necessidades dos usuários mediante pesquisas operacionais;

III. **incluindo conteúdos** no processo de formação profissional que auxiliem a compreensão da necessidade da ação interdisciplinar e intersetorial **para a garantia da integralidade das ações de saúde** [...] (12ª CNS, p. 54, grifo nosso).

Os estudos têm indicado que para se ter profissionais atuando com práticas norteadas pela integralidade há a necessidade de uma formação acadêmica voltada para esse fim ou de capacitação continuada para os profissionais já inseridos nos serviços. Acredita-se que o “debate sobre a Integralidade facilita a perspectiva de novas abordagens que contribuam estrategicamente para a organização dos serviços e dos processos formativos” (HENRIQUES e ACIOLI, 2005, p. 298 apud ASSUMPÇÃO, 2007, p. 67).

A classificação específica que trata da reorganização dos processos de trabalho em saúde, estruturação de redes de saúde e cuidados é outro elemento considerado como fundamental à compreensão da integralidade como superação das fragilidades da efetivação da política de saúde. A organização do trabalho em rede é apontado como “caminho” para efetivação do princípio da integralidade. Neste sentido destacam as resoluções

[...] VIII. estruturação das referências intermunicipais e interestaduais, considerando proximidade, capacidade instalada e facilidade de acesso de modo a viabilizar condições para estruturação de macro e microrregiões de saúde, capacitando-as para a oferta de serviços resolutivos nos respectivos níveis de complexidade, assegurando integralidade com mais equidade e acessibilidade;

IX. organização da rede social assistencial de caráter regional e macrorregional a fim de permitir o acesso e a integralidade da atenção. (12ª CNS, p. 71)

O trabalho em rede é referido como pressuposto da organização dos serviços, do estabelecimento de processos e práticas, de responsabilização com geração de vínculo entre profissionais e população. Além disso, deve-se observar a estratégia da hierarquização e regionalização conformando redes de serviços, a descentralização e a melhoria da gestão pública com adequação às realidades locais (RELATÓRIO da 12ª CNS, 2004, p. 79).

O desenvolvimento de programas voltados ao tratamento de problemas específicos de saúde é também considerado no âmbito dos relatórios como uma dificuldade que necessita ser superada com vista à garantia da integralidade do cuidado, a exemplo do programa de atendimento domiciliar para idosos e o serviço de atenção à saúde bucal especializados para atender pessoas com necessidades especiais.

[...] O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem criar mecanismos para implementar o Programa de Atenção Domiciliar nos estados e municípios com financiamento tripartite e articulados com a ESF e a rede hospitalar, com equipe móvel multiprofissional de atenção à saúde, assegurando atendimento domiciliar aos idosos, acamados e acometidos por doenças e agravos que dificultem a locomoção à unidade de saúde visando à integralidade do cuidado.

[...] O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem desenvolver estratégias para garantir o acesso da população aos serviços de Atenção Integral à Saúde Bucal, implementando ações de promoção e garantindo a integralidade das ações e a implantação e implementação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), incluindo serviços especializadas para atender pessoas com necessidades especiais e que sejam assegurados os recursos para a instalação de aparelho de raio-x para viabilizar diagnóstico, prevenção e tratamento da dor orofacial, garantindo recursos financeiros para investimento em material educativo na área odontológica.

Outro aspecto mencionado nos relatórios refere-se à *articulação entre serviços públicos e privados*. Vale destacar que o binômio público *versus* privado esteve presente na constituição da política desde a sua origem, e o SUS foi proposto indicando a participação dos serviços privados contratados e conveniados em caráter complementar à rede de serviços pública. Contudo o que se vê, atualmente, é a política de saúde no Brasil sofrer os embates da priorização dos serviços privados em detrimento do público e com isso seus princípios basilares – universalidade, equidade e integralidade serem ameaçados.

As resoluções apontam a ampliação dos serviços públicos de saúde em lugar da ampliação da rede privada como condição à efetivação da integralidade.

[...] Fortalecer a gestão e a rede pública de saúde e rejeitar a adoção do modelo de gerenciamento por fundação estatal de direito privado, organizações sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), bem como regimes de concessão pública, ampliando os serviços públicos como condição para efetivar a universalidade e a integralidade da atenção (12ª CNS, p. 22).

[...] Reafirmar o papel central do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de suas respectivas atribuições, de regulação das relações com os setores produtores privados de bens e serviços, tais como planos de saúde, indústrias farmacêutica, alimentícia e de equipamentos para saúde, visando a garantir o direito universal à saúde, evitando sua mercantilização. Em relação aos Planos e Seguros Privados de Saúde, essa regulamentação deve estar orientada pela garantia do direito à saúde; pelo preceito constitucional de que a saúde é de relevância pública e pelos princípios de integralidade, equidade e controle social (12ª CNS, p. 25-26).

Vemos até aqui que os processos de articulação são necessários à integração entre níveis de cuidados, esferas de governo, campos de conhecimento, saberes e práticas profissionais e até mesmo entre ações e serviços público e privados. Contudo, para que tais processos resultem em maior integralidade, faz-se necessário compreender o sentido do princípio como bem mais abrangente do que mecanismo de articulação. O ideário da Integralidade é composto por um processo que se inicia na “formulação de políticas do nível macro pelo Estado, passa pela gestão e gerência nos distintos níveis até a produção de ações de cuidado de saúde por meio das práticas para a atenção e o cuidado dos indivíduos” (COSTA, 2004, p. 54).

3.2.2 – O princípio da integralidade no Plano Estadual de Saúde de Pernambuco (PES/PE – 2008/2011)

O Plano Estadual de Saúde de Pernambuco (PES/PE) – com o tema *Pernambuco para todos* é apresentado como uma declaração pública de intenções e de busca de resultados a serem alcançados no período de quatro anos – 2008 a 2011¹⁰. A sua elaboração resulta da participação de diferentes atores sociais, entre os quais: os representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES), o Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e a sociedade civil organizada representada pelo Conselho Estadual de Saúde (CES).

¹⁰ Convém ressaltar que se trata do plano de gestão do primeiro mandato do governo de Eduardo Campos, que foi considerado um dos melhores governadores do Brasil, ocupando a primeira posição entre governadores de oito Estados, mais o Distrito Federal, em pesquisa realizada pelo Datafolha entre os dias 17 e 19 de novembro de 2010, obtendo 80% de aprovação. No campo da saúde tem seu governo marcado pela proposta de construção das Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), caracterizado pelo novo modelo de gestão centrado na participação público-privado.

O PES/PE ressalta informações acerca do Sistema de Planejamento do SUS (planejaSUS¹¹), e tem como elementos de sua composição¹²: Introdução, Estratégia de Construção; Objetivo Geral; Caracterização do Estado; Análise Situacional; Objetivos, Diretrizes e Metas; Monitoramento e Avaliação; Considerações Finais; Referências e Bibliografias Recomendadas.

Dentre esses componentes, para discussão acerca dos aspectos referentes à integralidade, escolhemos: a Análise Situacional do Estado que contempla os eixos – Condições de Saúde da População, Determinantes e Condicionantes Sociais e Gestão, e o componente Objetivos, Diretrizes e Metas que destaca os eixos - Política Específicas de Saúde, Organização das Ações e Serviços de Saúde, Condicionantes e Determinantes através da realização de dois Programas governamentais, quais sejam “Mãe Coruja” e “Chapéu de Palha”, e Gestão em Saúde, conforme aponta quadro abaixo.

QUADRO 04 – Estruturação do Plano Estadual de Saúde – Componentes Prioritários

Planos	Componentes	Eixos
PES/PE 2008/2011	Análise Situacional	Condições de Saúde da População
		Determinantes e Condicionantes
		Gestão em Saúde
	Objetivos, Diretrizes e Metas	CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO - Políticas Específicas (grupos vulneráveis, intervenções específica, controle de doenças e agravos). - Organização das Ações e Serviços de Saúde
		CONDICIONANTES E DETERMINANTES - ações governamentais/intersetorialidade – Programas: “Mãe Coruja” e “Chapéu de Palha”.
GESTÃO EM SAÚDE		

Fonte: Plano Estadual de Saúde. Elaboração própria, 2012.

Inicialmente pudemos perceber que a integralidade é incorporada no texto desde a análise situacional, visto que se trata de um documento que traz em seu

¹¹ Sistema que visa difundir a prática de planejamento estratégico e participativo em todo o território brasileiro, possibilitando um melhor aproveitamento das oportunidades e desenvolvimento de rotinas de monitoramento e avaliação nas três esferas de governo para a implantação de uma nova cultura de planejamento no país (PES/PE, 2008-2011, p. 23).

¹² Entre os documentos que foram utilizados como referências estiveram: Plano Plurianual (PPA 2008-2011), Plano de Ação 2007 da SES, propostas aprovadas durante a 6ª Conferência Estadual de Saúde, Relatório Anual de Gestão 2006 e versão preliminar 2007, Pacto pela Saúde, PES 2005-2007 e legislações pertinentes a cada linha de ação (PES/PE 2008/2011, p. 25).

bojo um conjunto de elementos que não podem prescindir dos princípios que fundamentam a política de saúde. Neste sentido, o SUS como estratégia principal de operacionalização da política de saúde e seus princípios basilares são citados como referência e norte do documento.

Instrumentalizar a gestão para o gerenciamento do Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito estadual, durante quatro anos, expressando uma análise situacional seguida de objetivos, diretrizes e metas, construídos com a participação de gestores e técnicos do SUS, bem como do controle social estadual, a partir da definição de prioridades e em consonância com os princípios do SUS – universalidade, **integralidade**, equidade, descentralização, regionalização e participação da sociedade (PES/PE-2008/2011, p.28, grifo nosso).

Na *análise situacional* da saúde do Estado Pernambuco o Plano destaca eixos orientadores: Condições de saúde da população, Determinantes e Condicionantes de Saúde e Gestão. Tais eixos são apresentados mediante a definição do perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico, bem como da análise da organização das ações e serviços de saúde.

O perfil demográfico contempla aspectos do crescimento populacional, da estrutura etária da população, taxa de fecundidade, esperança de vida ao nascer, índice de envelhecimento, a taxa bruta de mortalidade e a mortalidade proporcional por idade. No que se refere ao perfil socioeconômico são destacadas questões relacionadas às principais atividades econômicas, população economicamente ativa, índices de renda segundo raça/cor, taxa de desemprego, indicadores educacionais, saneamento e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). No item perfil epidemiológico são destacadas as dimensões de morbimortalidade, situação sanitária de grupos vulneráveis e focalização em áreas de intervenção específica.

A dimensão de morbimortalidade destaca situações inseridas no quadro de doenças emergentes e reemergentes a exemplo da AIDS, dengue e cólera; quadros de doenças endêmicas (hanseníase, leptospirose) que têm seus quadros agravados, ou não, pelo retardamento ou precocidade do diagnóstico; quadro de doenças infecciosas e parasitárias que se relacionam diretamente à insuficiente infraestrutura sanitária, e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas que se relacionam a hábito alimentar e estilo de vida.

Para o enfrentamento desses quadros o PES/PE aponta a necessidade de “articulação intersetorial, bem como uma maior integração entre as áreas de prevenção e controle e assistência, com foco voltado para o diagnóstico e tratamento visando à interrupção da cadeia de transmissão” (PES/PE – 2008/2011, p. 39), sendo possível perceber um dos aspectos do princípio da integralidade, compreendido a partir da *articulação entre ações e serviços de promoção, prevenção e assistência*.

Ainda, quanto à análise epidemiológica, o PES/PE faz referência a grupos vulneráveis: mulheres, crianças, adolescentes, homens, idosos, pessoas portadoras de deficiência, trabalhadores, trabalhadores rurais e quilombolas, índios, negros, ciganos, população LGBTT (lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e transexuais) e presidiários. Enfatiza entre os fatores de morbimortalidade desses grupos, questões relacionadas às situações de violência.

Quanto às dificuldades na organização dos serviços para o atendimento a esses grupos vulneráveis, entre outras questões, o PES/PE aponta fatores relacionados ao baixo percentual de profissionais na Atenção Básica para identificar as necessidades de atendimento; falta de integração entre os serviços de saúde, incipiente descentralização das ações e serviços especializados que na maioria das vezes são centralizados em áreas urbanas, sacrificando usuários nos seus deslocamentos em busca desses serviços.

Verificamos na exposição do perfil epidemiológico elementos referentes à *necessidade de integralidade na atenção a saúde* que aparecem, implicitamente, na incapacidade da política através das unidades de serviços e de profissionais qualificados para prestar o atendimento adequado à população, bem como mediante as situações de adoecimento que demonstram a impossibilidade de serem enfrentadas apenas pelo viés da doença, pois reclamam a intervenção de outras políticas.

No componente referente à organização das ações e serviços de saúde do PES/PE, essa é analisada a partir de cinco vertentes: vigilância em saúde, atenção primária, assistência ambulatorial especializada, assistência hospitalar, assistência de urgência e emergência, assistência farmacêutica e assistência laboratorial.

Na vertente vigilância em saúde, a necessidade da integralidade nas intervenções aparece ao se problematizarem as questões de saúde associando as

mudanças mundiais nos padrões da produção e circulação de capital e pessoas às alterações ambientais e nos padrões de comportamento humano e das doenças, observados nas últimas décadas (PES/PE, p. 55). Nesse contexto, a realidade brasileira é destacada

No Brasil essa realidade convive com o crescimento populacional num cenário de desigualdade social que nem sempre obedece a um padrão urbano planejado para promover condições adequadas de saúde. Surge assim, um quadro de morbidade marcado pelas doenças já conhecidas e por novas doenças, ao lado de doenças reemergentes, que persistem na população ou se revelam por meio de surtos e epidemias, exigindo o aprimoramento contínuo da vigilância em saúde (PES/PE, 2008-2011, p. 55).

O aprimoramento contínuo da vigilância em saúde está relacionado ao conceito ampliado de saúde que considera fatores biopsicossociais do adoecimento e exigem ações articuladas entre níveis de gestão e serviços de promoção, prevenção e assistência. Outro aspecto refere-se à organização do trabalho e da produção que reflete diretamente sobre as questões ambientais o que traz rebatimentos nas condições de vida e saúde da população.

As condições ambientais influenciam diretamente na saúde da população e nas necessidades estruturais dos serviços de saúde para o tratamento de doenças. A falta de saneamento básico, a infra-estrutura das cidades, o desmatamento, a ocupação desordenada do solo, além da qualidade da água, ar e solo são aspectos ambientais que necessitam ser monitorados para a detecção de fatores determinantes de morbidade (PES/PE, 2008-2011, p. 58-59).

Quando o Plano discorre sobre a vertente da *atenção primária*, claramente explicita o *princípio da integralidade*, apresentando-o a partir da realização do *trabalho em rede e do estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência*

A partir dos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde, as redes propostas terão como objetivo a garantia de assistência aos pacientes nos vários níveis de complexidade, estabelecendo fluxos de referência e contra-referência, assim como mecanismos de avaliação, supervisão e controle da assistência prestada (PES/PE, 2008-2011, p. 62).

Os processos de referência e contra-referência em saúde são considerados a partir da regionalização e hierarquização dos serviços de atenção primária e especializados. Por serviços de referência compreende-se o trânsito do nível menor

para o de maior complexidade. Inversamente, a contra-referência compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade. Esses trânsitos podem ser estabelecidos entre unidades de serviços públicos e entre serviços públicos e privados, conveniados ao sistema.

O atendimento das necessidades de saúde da população no que se refere à rede de serviços públicos de média e alta complexidade se constitui em desafio à efetivação da integralidade, visto que nessa relação os investimentos na rede de serviços públicos são cada vez menores em relação ao privado.

Segundo Sebastião Loureiro, coordenador do Programa de Economia da Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA há crescimento dos gastos privados em relação aos públicos. Ele apresentou tabela com o número de equipamentos de média e alta complexidade, “[...] em 2005 para cada 100 mil habitantes: 912 mamógrafos no SUS, 4.461 no privado; 163 litotripsores (para quebrar cálculo renal) no SUS, 654 no privado; 3.891 equipamentos de ultrassonografia no SUS, 20.170 no privado” (RADIS, 2009, p. 18).

O PES/PE reforça que estruturação de redes de referência especializadas deve ocorrer a partir da atenção básica, através do princípio da hierarquização e ressalta a atuação do Programa Saúde da Família (PSF), conforme destacado no trecho seguinte

A integralidade entre os níveis ou pontos da atenção figura como aspecto crítico a ser enfrentado na perspectiva de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde. A estruturação de redes de referência especializada a partir da atenção primária, tendo por princípio a hierarquização do Sistema de Saúde, constitui um aspecto central para organização do SUS em Pernambuco, uma vez que as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua, devem se dar através do Programa Saúde da Família (PSF) (ibidem, p.62).

Vale destacar que o Programa Saúde da Família (PSF), mesmo constituindo-se prioridade da política de saúde pública não atende a universalidade de sua demanda, “caracterizando-se também como programa básico e precarizado, centralizado numa equipe reduzida (médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem), sem condições de uma efetiva promoção da saúde” (SOARES, 2010, p. 46).

Ainda, segundo a referida autora,

É importante ressaltar a distinção entre a defesa da atenção básica como relevante estratégia na organização dos serviços que consta no projeto de reforma sanitária, e a proposta da atenção básica parametrada na focalização na pobreza. Enquanto que a primeira proposição defende a atenção básica numa perspectiva universalizante, integrando ações de caráter coletivo e ações tipicamente de assistência médica, relacionando-se à democratização e à participação social; a segunda defende uma atenção básica focalizada, direcionada para os aspectos individuais da assistência, numa concepção restrita, distanciando-se das três grandes funções da política de saúde pública: a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a reabilitação. (VIANA e FAUSTO, 2005 apud SOARES, 2010, p.46).

No que tange à vertente da assistência ambulatorial especializada, o PES/PE aponta, a partir de disponibilidade de procedimento de alto custo e de reabilitação, que deve ser realizada segundo exigências das normas ministeriais que prevêm a realização de ações através de equipes multidisciplinares para atendimento integral às populações (destaca pessoas com deficiência), estimulando o processo de integração de todas as Gerências de Saúde, visando ações de promoção, prevenção e reabilitação (PES/PE, p.65).

Em relação à vertente da assistência hospitalar, entre outras questões, o PES/PE ressalta o desafio diante da magnitude do problema de saúde mental no Estado, que exige uma rede de cuidados densa, diversificada e efetiva. Aponta como elemento dificultador no atendimento a essa população o pouco preparo dos profissionais na abordagem da população com sofrimento psíquico, principalmente, da que faz uso abusivo de álcool e outras drogas.

Na vertente urgência e emergência, ressalta-se a necessidade de modificações, considerando-se aspectos referentes à estrutura física, equipamentos, profissionais capacitados nos hospitais, infra-estrutura nos municípios, implantação do processo de trabalho (referência e contra-referência), financiamento, gestão de leitos, abertura de novos serviços, elaboração e instituição de protocolos e desenvolvimento de mecanismos que garantam a cooperação e a integração dos diversos setores da Secretaria Estadual de Saúde. Destaca-se, assim, *a dimensão intrasetorial da política*.

Na vertente assistência farmacêutica, entre as muitas dificuldades, o Plano salienta que na média complexidade, por não haver definição quanto ao financiamento, as aquisições de medicamentos têm sido realizadas a partir das

demandas judiciais e/ou iniciativas dos gestores estadual e municipal (PES/PE). Nesse sentido refere

[...] As inovações tecnológicas na terapêutica medicamentosa, principalmente na média e alta complexidade, acrescidas da pressão dos fabricantes, prescritores e usuários; além da demora na análise e liberação pela esfera federal, têm forçado os gestores a realizar aquisições por decisão judicial, na maioria das vezes individualizadas, em detrimento da coletividade, comprometendo a programação orçamentária e financeira do segmento (Ibidem, p. 76).

A assistência farmacêutica tem se constituído num *desafio* à política de saúde, principalmente para o *acesso a medicamentos*, o que compromete a efetivação do *princípio da integralidade*.

No que se refere aos determinantes e condicionantes sociais como medidas intersetoriais – que interferem na situação de saúde ou da atenção à saúde – são apresentados pelo PES/PE a partir da realização de dois programas estaduais: o “Programa Mãe Coruja” e o “Programa Chapéu de Palha”. No âmbito desses programas que estão voltados para grupos específicos e/ou vulneráveis – quais sejam mulheres e crianças de 0 a 5 anos e trabalhadores rurais, respectivamente – são buscadas medidas intersetoriais através de ações articuladas em saúde, educação, desenvolvimento e assistência social. Porém para os demais grupos vulneráveis apontados no PES/PE as ações intersetoriais relacionadas aos determinantes e condicionantes sociais aparecem apenas de forma pontual.

Ora, a saúde é estabelecida segundo fatores multideterminados, ou seja, segundo explicações biológicas, psicológicas e sociais. Seus determinantes sociais são definidos¹³ a partir das condições mais gerais socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, e relacionam-se com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias. Realizar a organização da *gestão* das ações em saúde, distantes desses fatores, é restringi-la a intervenções focalizadas e fragmentadas.

O componente – *Gestão em Saúde* é apresentado – na estruturação do PES/PE, a partir da análise do planejamento, descentralização/regionalização, financiamento, participação social, gestão do trabalho em saúde, educação em

¹³ Definição da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde. Site: <http://www.determinantes.fiocruz.br/>

saúde, informação em saúde e infraestrutura. Nesse componente, em relação à integralidade, os aspectos que se destacam referem-se à Programação Pactuada Integrada (PPI) que está implantada em todos os municípios do Estado nos moldes estabelecidos pela Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS- 01/02).

A PPI foi estabelecida pela NOAS (01/02) no sentido de propor a organização de grupo de municípios em uma rede funcional regionalizada – módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões – com base em territórios auto-suficientes em atenção primária à saúde, em atenção mínima de média complexidade, em atenção de média complexidade e em atenção de alta complexidade (MS, 2002).

Sobre essas pactuações que respondem pelos mecanismos de articulação entre ações e serviços da atenção básica e especializado o PES/PE refere inúmeras dificuldades. Assim, destaca

Como decorrência da precária interação entre a PPI e os demais instrumentos de planejamento e pela reconhecida incipiência dos processos de planejamento nas três esferas de gestão, a programação da assistência tem sido exercida de forma isolada, restringindo suas potencialidades e reduzindo-a, muitas vezes, a sua dimensão apenas financeira. A articulação entre as demandas decorrentes da programação da atenção básica e as programações da média e alta complexidade inexistem, bem como com a programação da Vigilância em Saúde. O processo de programação é pouco integrado com as redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços e com o processo de regulação do acesso, apresentando fragilidade de mecanismos que garantam a efetivação dos pactos firmados entre os gestores (PES/PE, p. 82).

O PES destaca as dificuldades de articulação e de planejamento das ações decorrentes das demandas da atenção básica em saúde e das demandas da Média e Alta Complexidade, articulação que muitas vezes se restringe à dimensão orçamentária. Verifica-se que apesar dos aspectos positivos, é complexa a pactuação de referências intermunicipais necessárias à habilitação das microrregiões de saúde. Nesse sentido, para *pensar a integralidade na perspectiva da organização das ações em rede*, faz-se necessário refletir sobre as limitações da capacidade de planejamento e coordenação das secretarias estaduais de saúde e ausência de uma cultura regulatória própria coerente com os princípios do SUS.

As dificuldades enfrentadas nas pactuações em rede são evidenciadas nos eixos prioritários de intervenções, destacados no componente do PES/PE, que se referem aos Objetivos, Diretrizes e Metas. Nesses eixos são detalhadas linhas de ação a serem cumpridas no quadriênio, sendo destacadas: as Políticas Específicas; a Organização das Ações e Serviços de Saúde e as Ações Governamentais/ Intersetorialidade.

No eixo Políticas Específicas o PES/PE aponta ações voltadas para *grupos vulneráveis* (saúde da mulher, da criança, pessoa com deficiência, saúde do trabalhador, população indígena, negra, cigana, assentamento rurais e quilombolas, saúde do jovem e adolescente, saúde do homem, do idoso e da população carcerária); *intervenções específicas* (Saúde Mental, Saúde Bucal e Programa Nacional de Imunização, Alimentação e Nutrição) e *Controle de Doenças e Agravos – Crônicas e Transmissíveis* (Hipertensão e Diabetes, DST's/HIV/IADS/HTLV, Hepatites Virais, Hanseníase, Tuberculose).

As *Políticas Específicas*, em cada grupo destacado seja pela condição de vulnerabilidade, seja pelo acometimento de doenças específicas, verificamos que também a Integralidade é apresentada segundo *aspectos relacionados ao princípio*. Ou seja, nas linhas de ação é possível identificar o princípio relacionado à articulação entre promoção, prevenção e assistência, condicionantes e determinantes de saúde – intersectorialidade e a integralidade relacionada à dimensão do exercício profissional.

Assim, vale destacar alguns trechos que identifiquem esses aspectos nas linhas de ações voltadas aos grupos vulneráveis:

[...] Fortalecer e melhorar as ações desenvolvidas para promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência, com o intuito de contribuir para a redução da morbimortalidade infantil e fortalecer o Plano Estadual de Registro Civil de Nascimento e Documentação Básica – SEDSDH, bem como o Programa Mãe Coruja Pernambucana, contribuindo com a Erradicação do Sub-registro Civil de Nascimento (Saúde da Criança - p.97). (aspecto relacionado a articulação – entre promoção, prevenção e assistência; e a intersectorialidade).

[...] Promoção, prevenção e assistência à saúde da pessoa com deficiência, com ênfase para a ampliação de ações na atenção primária; execução, em caráter suplementar, de ações de saúde articuladas com os municípios, outras secretarias e áreas da Secretaria Estadual de Saúde; e fortalecimento dos processos de integração com representantes da

sociedade civil e segmento de pessoas com deficiência (Saúde da Pessoa com Deficiência – p.102). (aspecto relacionado a articulação – entre promoção, prevenção e assistência; e a intersetorialidade).

[...] Implantar e implementar as Diretrizes Nacionais de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens, através da Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária em consonância com o Pacto pela Vida, Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas e o Programa Mãe Coruja Pernambucana. [...] Planejamento, execução e avaliação das ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação de forma articulada intra e intergovernamentais, intersetorial e interdisciplinar, constituindo um conjunto integrado (Saúde do Jovem e Adolescente – p.112). (aspecto relacionado a articulação – entre promoção, prevenção e assistência; a intersetorialidade; e ao exercício profissional).

A promoção da saúde numa perspectiva conservadora “reforça a tendência de diminuição das responsabilidades do Estado, delegando, progressivamente, aos sujeitos, a tarefa de tomarem conta de si mesmos” (LUPTON, 1995; PETERSEN, 1997 apud CZERESNIA, 2003, p.01). Numa perspectiva progressista enfatiza a elaboração de políticas públicas intersetoriais, voltadas à melhoria da qualidade de vida das populações. Nesse sentido promover a saúde incluiria ações voltadas ao ambiente atravessando a perspectiva local e global, além de incorporar elementos físicos, psicológicos e sociais (CZERESNIA, 2003, p.01).

Considerando os limites históricos da política e as atuais configurações do desenvolvimento capitalista, a promoção da saúde se realiza de forma restrita na medida em que não viabiliza a efetivação de políticas públicas estruturais e universais que promovam condições de vida. Assim, afirma Soares (2010)

Ao não viabilizar a efetivação de políticas públicas estruturais e universais que promovam condições de vida que incidam diretamente sobre os determinantes sociais, termina possibilitando que, tendencialmente, as políticas de saúde enfatizem as práticas e comportamentos saudáveis, centralizando-se na responsabilização do indivíduo sobre processo saúde-doença (p.121).

Nas intervenções específicas voltadas para a saúde mental, saúde bucal, programa nacional de imunização (PNI), alimentação e nutrição, também é possível verificar que os fatores determinantes e condicionantes não se configuram como eixo principal das linhas de ações.

A referência aos aspectos da integralidade, já mencionados vão se repetindo ao longo das propostas referentes ao controle de doenças e agravos, na organização das ações e serviços de saúde, no planejamento, monitoramento e avaliação da política de saúde no Estado, sendo destacada, ainda, como *algo a ser alcançado, buscado e perseguido*.

[...] Estruturar a Rede de Assistência de Média e Alta Complexidade (ambulatorial e hospitalar), incluindo o atendimento às urgências e emergências, em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização e a Programação Pactuada e Integrada, articulando os vários níveis da atenção, visando à equidade do acesso e a integralidade do atendimento (p.156).

[...] Fortalecimento do Componente Estadual do Sistema de Auditoria do SUS para, através de procedimentos analíticos e operativos, atuando de forma preventiva ou saneadora, assegurar a conformidade das ações e serviços de saúde às normas pertinentes, colaborando para a corporificação da tríade Universalidade, Igualdade e Integralidade que constitui os princípios basilares do Sistema Único de Saúde (p. 196).

[...] Melhorar a assistência prestada aos usuários do SUS, através da organização da rede assistencial, incluindo o atendimento de urgência e emergência em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização e Programação Pactuada e Integrada, visando à equidade do acesso e a integralidade do atendimento em saúde (p.199).

[...] Formular e deliberar permanentemente sobre a política estadual de saúde, acompanhar e fiscalizar a sua execução, sempre perseguindo a equidade, integralidade e universalidade das ações (p.237).

O PES/PE, enquanto instrumento que visa nortear as ações de saúde no Estado, revela o caráter fragmentado da política no processo de elaboração e condução das ações e serviços. Ao longo do documento identificamos treze grupos vulneráveis, a que são propostas ações e serviços de acordo com a elaboração de políticas específicas. O caráter centrado na doença e menos nas condições e determinações do sujeito que adoece é identificado em sete grupos de doenças e orienta as ações voltadas para esses grupos. Os dois Programas pensados para serem executados segundo a estratégia da intersetorialidade: “Programa Mãe Coruja” e o “Programa Chapéu de Palha” também revelam o caráter fragmentário da política no Estado, visto que são centrados em grupos específicos, considerados mais vulneráveis.

Nas reflexões realizadas sobre a apropriação da integralidade, tanto nos documentos das Conferências como no do Plano Estadual de Saúde de

Pernambuco pudemos verificar, a partir do que foi analisado acerca da apropriação do princípio no marco jurídico e no debate teórico conceitual, uma tendência em se destacar o princípio como fundamental à garantia da saúde em seu sentido ampliado como direito e como serviço. Entretanto, nos documentos analisados, esse discurso parece ser feito como elemento de retórica, com a frágil apresentação de resoluções e propostas que apontem para a real concretização desse princípio.

Isto é, como proposição do MRSB, cujo conteúdo foi forjado sob fortes bases progressistas, a integralidade em saúde é colocada mediante a efetivação de políticas sociais e econômicas, de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, da organização dos serviços do nível básico ao mais complexo através do uso das tecnologias leves e duras, por meio da realização de outras políticas públicas numa perspectiva de intersetorialidade, da realização do trabalho em rede e mediante o entendimento dos determinantes e condicionantes de saúde, conforme visto no capítulo anterior.

Essa proposição para a realização da saúde, de seus serviços e cuidados, representa o caminho construído para que a integralidade pudesse ser alcançada na política, da forma mais ampla possível. Porém, as contradições inerentes à sociedade capitalista, permeadas pela luta de classes com interesses antagônicos restringem a proposição de políticas públicas de caráter universalizantes. O espaço da saúde pública tem sido alvo do interesse do mercado, como espaço de lucratividade o que impõe limites e contradições à efetivação dos princípios basilares da política.

Nesse sentido, a apropriação da integralidade, enquanto princípio basilar da política de saúde vem sendo refuncionalizada, assim como vários conceitos e categorias idealizadas pelo MRSB, que tem sido realizada dentro do “possível”. A integralidade é colocada mediante uma limitada articulação entre os serviços de promoção, prevenção e assistência, entre os níveis de cuidados da básica, da média e da alta complexidade e de uma frágil responsabilização entre as esferas de governo que não conseguem realizar a organização e gestão da saúde pautada pela integralidade em seu sentido ampliado, reproduzindo, formas de atenção e cuidado,

precarizadas e focalizadas na pobreza, baseadas na fragmentação do sistema e na quebra da referência e contra-referência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de saúde e o SUS, enquanto sua principal estratégia de operacionalização, impõem respostas a vários desafios próprios de sua implementação e desenvolvimento. Entre eles, destacamos nesse estudo, um de seus princípios basilares, isto é, a integralidade na atenção a saúde. Nosso objetivo principal pautou-se em entender *a apropriação desse princípio na política*, uma vez que sob o discurso da integralidade da atenção em saúde por vezes reproduzem-se e reforçam-se ações que fragmentam ainda mais a atenção nos serviços existentes.

As situações de saúde, apresentadas, concretamente, nas unidades de serviços apontam para múltiplas necessidades sociais e para respostas e intervenções impossíveis de serem realizadas, exclusivamente, pela política de saúde. Vimos que a saúde em sua dimensão ampliada tem como “fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (Lei 8.080 DE 19/09.1990, Art. 3º). Dessa forma, reclama para o atendimento de suas necessidades, a realização das demais políticas setoriais.

Com esse entendimento buscamos desvelar como o princípio da integralidade é apropriado na política de saúde, visto que a ‘ausência’ e/ou ‘fragilidade’ no atendimento das necessidades de saúde, a partir de seus determinantes e condicionantes, circunscreve-se também à materialização desse princípio.

Em nossas afirmações iniciais, que aos poucos foram sendo clarificadas, tínhamos que a integralidade:

- é um princípio que tem relação direta com as formas de se entender a saúde e o desenvolvimento de suas práticas. A saúde numa dimensão da biomedicina sinaliza para a condução das práticas de modo restrito, diferente da condução das ações em saúde em seu sentido ampliado;
- representa um dos pilares da política de saúde - entendida em sua dimensão biopsicossocial e a partir de fatores políticos e econômicos;

- é tema presente na agenda do Estado e mobiliza setores da sociedade, como evidenciado nos debates nacionais realizados pelos integrantes do Movimento de Reforma Sanitária e, internacionalmente, a exemplo da discussão na Conferência de Alma-Ata;
- trata-se de um princípio garantido no plano formal a partir do marco jurídico, mas que apresenta fragilidade de efetivação.

A dificuldade de sua efetivação foi a nossa inquietação inicial para o estudo, uma vez que pensar a saúde em sua dimensão ampla é pensar a realização de outras políticas e a operacionalização do princípio da integralidade. Contudo, há fragilidades para a materialização do conjunto das políticas sociais, como se vem materializando o princípio, como vem sendo realizada a atenção à saúde da população.

Nesse sentido, o estudo partiu das contradições que permeiam a constituição da política de saúde no Estado capitalista e da saúde como expressão da Questão Social. Discutimos as respostas às necessidades de saúde da população que passam pela mediação da intervenção estatal no atendimento às suas demandas e mediante a relação contraditória estabelecida entre Estado/Sociedade.

Tais contradições foram particularizadas no âmbito da constituição da política de saúde no Estado brasileiro, sendo destacado que no Brasil, a partir da vivência do período industrial de modo semelhante ao que ocorreu nos países de capitalismo periférico houve, paralelamente, às transformações sociais nos modos de produção e nas condições de vida da classe trabalhadora, repercussões significativas na precarização das condições de trabalho e vida, agravamento nos quadros de pauperização, agudização das desigualdades sociais, provocando rebatimentos nas condições de saúde.

Nesse contexto, a saúde se insere como expressão da questão social que nasce da luta iniciada no período da ditadura militar de 1964, sendo questionada por movimentos sociais que à época vivenciavam a efervescência da participação social e luta pela abertura democrática. Surge na área de saúde o Movimento de Reforma Sanitária que tinha como objetivo ter um sistema único de saúde universal, equânime e integral para todos os cidadãos.

O Estado busca, através do atendimento das reivindicações do MRSB, instituir o SUS que sofre os reveses do contexto de expansão das propostas neoliberais. Conseqüentemente, a política da saúde e com ela seus princípios basilares vão enfrentar inúmeros desafios de efetivação, entre estes a integralidade.

A discussão da integralidade da atenção à saúde vai-se fazer presente, no contexto da prática médica, a partir da crítica do modelo flexneriano e através das propostas do relatório Dawson. No contexto brasileiro é instituída por meio do marco constitucional de 1988 e da LOS em 1990, sendo precedida por ampla discussão e mobilização social em torno das práticas de saúde. A Constituição e as Leis Orgânicas trazem um novo modelo de atenção à saúde para o Brasil, mediante princípios de universalidade, equidade e integralidade que até os nossos dias têm sido objeto de análises, principalmente, no que tange a sua efetivação.

Particularmente, a integralidade tem sido objeto de reflexão teórico conceitual, sendo destacada no sistema de saúde como uma dificuldade e uma potencialidade, mais do que isso, como uma bandeira de luta (MATTOS, 2001). É apresentada ainda, segundo aspectos referentes à organização da política de saúde e ao exercício profissional e mediante inúmeros desafios de materialização, sobretudo, no contexto de uma sociedade capitalista.

O princípio na política de saúde a partir da discussão teórica sobre o tema, do marco legal e dos documentos recentes possibilitou entender como a integralidade é proposta para as ações e serviços. Como resultados de nossa investigação pudemos verificar que a definição de integralidade é realizada pela Lei Orgânica que aponta o princípio da integralidade como sendo o “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” (Lei, 8.080 de 19.09.1990, art. 7º, inciso II). Nessa definição confirmamos a amplitude em torno do princípio que se expressa na organização da política, na direção dada a esta e mediante os aspectos a ele relacionados.

Nos documentos analisados, apesar do princípio da integralidade ser apresentado, de forma diferenciada, conforme a estruturação e finalidade de cada documento; a direção dada ao princípio integra uma mesma lógica, qual seja de uma

política universal exercida nos limites da restrição de uma sociedade de classes com interesses antagônicos. Assim, a apropriação do princípio da integralidade se revela a partir da:

- fragmentação dos sistemas de serviços de saúde, através da organização por grupos isolados – vulneráveis, e da atenção voltada à priorização de fatores epidemiológicos e da elaboração de políticas específicas;
- fragmentação da atenção, mediante a valorização da média e alta complexidade em detrimento da realização dos serviços básicos – perda da visão de totalidade do processo saúde-doença e da organização dos serviços, inviabilizando a atenção contínua ao usuário do sistema;
- ênfase dada ao tratamento curativo em detrimento das ações promocionais e preventivas, gerando um sistema de doenças e não de saúde;
- assistência à saúde no SUS realizada por estabelecimentos públicos e privados conveniados e contratados pelo poder público, distribuídos aleatoriamente em determinados espaços, mediante as dificuldades de operacionalização dos princípios de regionalização e hierarquização e sem a necessária articulação entre eles;
- fragilização da intersetorialidade como estratégia de gestão e mecanismo da realização do trabalho em rede, bem como de modo distanciado dos determinantes e condicionantes de saúde.

A atenção à saúde com base na integralidade estabelece nexos internos com determinações que se relacionam, entre outras questões; ao conjunto mais amplo de necessidades sociais gerados pelo modo de vida das pessoas, da organização do processo de trabalho, da gestão e planejamento, e a construção de novos saberes e práticas em saúde. Portanto, não pode ser vista de forma isolada e tampouco prescindir dos vários aspectos para que seja alcançada da forma mais completa possível.

REFERÊNCIAS

ARCOVERDE, Ana Cristina Brito. **Serviço Social e Questão Social na Globalização**: Serviço Social & Realidade, Franca, v. 17, n. 1, p. 102-124, Recife: 2008. Disponível em: <periodicos.franca.unesp.br>. Acesso em: 10 set. 2011.

ASSUMPÇÃO, Patrícia Freitas Schemes. **A integralidade em saúde e o debate do Serviço Social**. Florianópolis: UFSC. 2007. 114f. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Florianópolis: 2007. Disponível em <www.dominiopublico.gov.br/pesquisa>. Acesso em 12 de fev. 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Da ordem social, título VIII. Brasília: Centro Gráfico, Senado Federal, 1988.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em: 03 dez de 2011.

_____. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: 1990.

_____. **Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011**. **Regulamenta a lei 8.080 de 1990**. Série E. legislação de Saúde. Brasília, DF: 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a **Norma Operacional da Assistência à Saúde**. Brasília, DF, 2001. Disponível em:<<http://drt2004.saude.gov.br/dab/docs/publicações>>. Acesso em: 23 maio 2011.

_____. **Política Nacional de Promoção a Saúde PNPS/2006**. Brasília, DF: 2006.

_____. **12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca: 7 a 11 de dezembro de 2003:** Relatório Final/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em: 23 dez de 2011.

_____. **13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida políticas de Estado e desenvolvimento/ Ministério da Saúde,** Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em: 12 dez de 2011.

_____. Secretaria de Políticas Sociais. **Norma Operacional Básica do SUS - 01/96.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/>>. Acesso: 23 fev. 2012.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política Social no contexto da crise capitalista.** In Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPS, 2009.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história.** São Paulo: Cortez, 2009.

BOSCHETTI. Ivanete. **A política de Seguridade social no Brasil.** In Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPS, 2009.

BRAVO, Maria Inês. (Org.). **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Maria Inês. MOTA. Ana Elizabete [et al.] (orgs). **Política de Saúde no Brasil.** In Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez; Brasília DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma da Reforma: repensando a saúde.** 8. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

_____. **Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?** In: Ciência e Saúde Coletiva. ABRASCO - Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, volume 12, mar-abr. 2007, p. 301-306.

CASTELO, Rodrigo. **A “questão social” nas obras de Marx e Engels.** In Revista Praia Vermelha, v. 20, n 01, Rio de Janeiro: 2010, Disponível em: <<http://www.ess.ufrj.br/praiavermelha/index.php/praiavermelha/article/viewPDFInterstitial/39/24>>. Acesso em 15 jan. 2012.

CECÍLIO, L. C. de O. **As Necessidades de Saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In: PINHEIRO R.;

MATTOS, R. A. de (org). **Os Sentidos da Integralidade:** na atenção e no cuidado à saúde. 1Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

CECÍLIO L. C. de O.; MERHY E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas; 2003. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.doc>> Acesso em: 23 de out. de 2011.

CELLARD, A. **A análise documental.** In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.

COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Determinantes Sociais da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

COSTA, A. M. **integralidade na atenção e no cuidado a saúde.** In: Revista Saúde e Sociedade. Faculdade de Saúde Pública da USP e Associação Paulista de Saúde Pública. São Paulo: v. 1, n. 1, set-dez, 2004.

COSTA, Maria Dalva Horácio; MOTA. Ana Elizabete [et al.] (orgs). **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais.** Política de Saúde no Brasil. IN Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional. São Paulo: Brasília DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

COSTA, Maria Dalva Horácio. **Serviço social & intersectorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersectorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde.** Recife: UFPE/CCSA, 2010. 196f. Tese (doutorado) Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife: 2010.

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção.** p.39-53. In: CZERESNIA, D., FREITAS, CM. (org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.

SCOREL, S. **Saúde: uma questão nacional.** In: TEIXEIRA, S.F. (Org.) **Reforma sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

FLEURY, Sonia. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 743-752. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Programa Saúde de Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudanças do modelo tecnoassistencial.** In: MERHY, E.E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

HYPOLITO, Álvaro Moreira; LEITE, Maria Cecília Lorea. **Contextos, Articulação e Recontextualização: uma construção metodológica.** I: 29a. Reunião Anual da ANPEd, Caxambú. EDUCAÇÃO, CULTURA E CONHECIMENTO NA

CONTEMPORANEIDADE: Desafios e Compromissos. Rio de Janeiro : ANPEd, 2006. Disponível em: <www.ufpel.edu.br/cic/2008/cd/pages/pdf>. Acesso em 13 jan. de 2012.

IAMAMOTO, Marilda V. **A questão social no capitalismo**. In Temporalis, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2, n. 3 (jan./jun.2001). Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Vilela e CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 13 ed. Ed. Cortez. São Paulo: 2000.

INOJOSA, Rose Marie. **Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade**. Cadernos FUNDAP n. 22, 2001, p. 102-110.

LAURELL, A.C. **A saúde-doença como processo social**. In: NUNES, E.D. **Medicina social aspectos históricos e teóricos**. Global Editora, 1983.

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

MENDES J. M. R. **Saúde e Interdisciplinaridade: Mundo Vasto Mundo**. Rev. Ciência Saúde, v. 1, p. 24- 32, 2008. Disponível em <revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php>. Acesso em: 02 de nov. de 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**: 8. ed. São Paulo: Huditec, 2004.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MOTA, Ana Elizabete (orgs). **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais**. In Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; Brasília DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

MOTA, Ana Elizabete. **Seguridade Social no Cenário Brasileiro**. In: Revista *Ágora: Políticas Públicas e Serviço Social*, Ano 1, nº. 1, outubro de 2004. Disponível em: <www.assistentesocial.com.br>. Acesso em julho de 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. **Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**. OPAS, 1978. Disponível em: <www.opas.org.br>. Acesso em: jun. de 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. **Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás**. Cad. Saúde Pública [online]. 1986, vol.2, n.2, pp. 167-183. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1986000200005>.

PEREIRA, Potyara A. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2008.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. Superintendência de Planejamento. **Plano Estadual de Saúde (PES/PE) 2008-2011: Pernambuco para todos**. Recife, 2009.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Construção de Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde**. 1. Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

REVISTA, Radis. **Integralidade. Pesquisa revela experiências inovadoras na formação em saúde**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ/ENSP. N.49, setembro, 2006. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br>>. Acesso em: 28 nov. 2010.

_____. Radis. **O público e o privado na saúde. Relação de entraves**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ/ENSP. N.83, julho, 2009. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

RIBEIRO, Carla. **A integralidade e seus percursos no SUS**. Florianópolis: UFSC, 2008. 120f. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: 2008. Disponível em <www.dominiopublico.gov.br/pesquisa>. Acesso em 12 de out. 2011.

SILVA Jr. et al. **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.

SILVA, Vanessa Costa. **O processo de implantação do sistema integrado de serviços de saúde em Vitória - ES; contribuição a discussão da integralidade na atenção à saúde.** Rio de Janeiro: 2004.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contra-reforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao serviço social.** Recife: UFPE/CCSA, 2010. 206f Tese (Doutorado). Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife: 2010.

TEIXEIRA, Carmem. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde.** Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia: Junho de 2011.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Estado e Políticas sociais.** In Revista Praia Vermelha, v. 20, n 02, Rio de Janeiro: 2010, Disponível em: <<http://www.ess.ufrj.br/praiavermelha/index.php/praiavermelha/article/viewPDFInterstitial/39/24>>. Acesso em 1 jan. 2011.