



Revista Saúde & Ciência
(CCBS/UFCG)
Ano I, V.1, Nº 2,
Agosto / Dezembro de 2010

INTEGRALIDADE NO SUS: REFLEXÕES A PARTIR DO FAZER COLETIVO

Gilberto Diniz de Oliveira Sobrinho¹; Joselito Santos²

RESUMO

Integralidade conceitua-se a partir do conjunto articulado e contínuo de ações preventivas e curativas, individuais e coletivas e em todos os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS). É uma diretriz filosófica desse sistema e, entre outros motivos, por ser filosófica e não estrutural, não chega a ter uma prática efetiva. Esse ensaio discute a integralidade no contexto do sistema acima citado dentro da perspectiva do fazer saúde coletiva. Reflexões acerca do assunto sugerem que a integralidade é o princípio mais importante apesar de pouco praticado, que a sua realização depende de muitos pré-fatores de difícil obtenção e que integralidade conjuga ações tanto de profissionais formados em saúde como de agentes de saúde situacionais, como a administração pública e população. Foram enumerados fatores limitantes e fatores auxiliares à efetivação da prática integrada. Realizou-se, ainda, uma crítica à situação atual do SUS e a justificativa da relação íntima dessa situação com a integralidade.

PALAVRAS-CHAVE: *Saúde Coletiva, SUS.*

INTEGRALITY IN SUS: REFLECTIONS FROM THE COLECTIVE ACCOMPLISHMENT

ABSTRACT

Integrity is defined from the articulated and continuous set of preventive, curative, individual, collective as well as at all levels of actions of complexity of the Unified Health System (SUS). It is a philosophical guideline of this system and, among other reasons; it does not have an effective practice to be a philosophical and non-structural guideline. This work discusses the integrity in the context of the system above, in perspective of the public health accomplishments. Reflections about this subject suggest that integrity is the most important principle despite its use. Its implementation depends on several hard pre obtaining factors. It also suggests that integrity combines both actions from formed health professionals as situational agents of health (public administration and population). Limiting and

¹ Graduando em Medicina. UACM. CCBS. UFCG. Rua 13 de maio, 221, apto. 202. Centro. Campina Grande (PB). CEP. 58.400-290.

E-mail: gibatd@gmail.com.

² Doutor em Ciências Sociais (UFRN). Docente Faculdade Santa Maria (FSM). Cajazeiras (PB).

auxiliary factors to the effectiveness of integrated practices were listed. There was also some criticism on the current situation of SUS and justification of the intimate relationship between this situation with integrality.

KEY-WORDS: *Public Health, SUS.*

INTRODUÇÃO

Integralidade é um termo de conceituação díspar e ampla. Díspar porque conceitos vários e complementares são possíveis; de acordo com cada autor, diferentes abrangências são inferidas (BRASIL, 2007; BRASIL, 2005; COSTA; CARBONE, 2004; SANTOS, 2007). O conceito original pertence à lei 8080 (BRASIL, 1990) que postula integralidade como sendo o conjunto contínuo e articulado de ações preventivas e curativas, individuais e coletivas e em todos os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Posto isso, percebe-se que integralidade relaciona-se com aspectos operacionais do SUS enquanto entidade e com aspectos acerca da maneira que o profissional desenvolve seu atendimento no âmbito profissional-paciente e no âmbito profissional-profissional. Ademais, atendimento integral pode abranger outras esferas, como as que se referem aos direitos à saúde, direito ao atendimento humanizado, direito a melhores condições sociais e, enfim, direito a um cuidado e não a um acompanhamento profissional distante do paciente e voltado para e pela convalescença. Em suma, podemos simplificar a noção de integralidade – com notável perda de significado, já que seu conceito é complexo pelas interconexões de suas idéias e não por rebuscamento – como a articulação dos diferentes existentes no fazer saúde prezando, contudo, pela sua união.

Essa complexidade conceitual apóia-se na justificativa de que a integralidade é um princípio filosófico, só aplicável se as pessoas que fazem o SUS estiverem dispostas e preparadas a praticá-lo. É diferente de um princípio estrutural, como a participação social ou a descentralização da gestão, princípios esses formadores da engrenagem do SUS e diluídos em sua

própria organização. Em outras palavras: prerrogativas do Ministério da Saúde puderam fazer com que a descentralização se efetivasse. Já com a integralidade, o mesmo não ocorre: pragmaticamente, o trabalho em saúde “sobrevive” sem ações integralizadas. Os usuários do SUS são prejudicados, não reivindicam seus direitos ou nem percebem que algo errado há no atendimento. Com isso, os trabalhadores em saúde, por inércia, continuam a praticar o errado. Má-vontade, despreparo profissional e falta de estrutura ética são motivos que podem ser elencados para essa prática errônea.

A integralidade, além de conceituação e aplicabilidade difíceis, é, entre todas as treze, a diretriz do SUS menos praticada e, paradoxalmente, mais importante e determinante para um atendimento de qualidade. Assim, a inexistência de práticas integradas é um reflexo da saúde pública ainda ruim e do SUS que não consegue se efetivar. Outro motivo para seu fracasso consiste no fato de que essa diretriz, além de necessitar da disposição das pessoas para praticá-la, o que já é difícil, requer condições de vida que vão além das capacidades e competências do profissional de saúde.

Analisando a atualidade do SUS, constatamos que esse sistema enfrenta muitos problemas. Trata-se de algo natural, visto que é um modelo de saúde único no mundo e que está em processo de amadurecimento, “aprendendo” por tentativa e erro. O que não é natural é a falta de resolução de vários problemas já muito antigos e que urgem por alguma ação efetiva, posto que atrapalham engrenagens muito essenciais para o acontecer do sistema. Embora alguns especialistas considerem o SUS como um “adolescente”, metaforizando seu estágio de amadurecimento, já passam mais de 20 anos desde sua implantação. No que tange à integralidade, muitos destes problemas antigos são decisivos para a não-efetividade desse pilar do SUS. Hlenquemos alguns.

Em se tratando de atenção básica, a comunidade ainda precisa vir até os profissionais para ser atendida, apesar de a Estratégia Saúde da Família (ESF) postular exatamente o inverso.

Os serviços e a qualidade da atenção são caracterizados mais por uma plataforma numérica e por necessidades tecno-burocráticas do que por uma

concepção qualitativa ou de resolução, mesmo o Sistema Único de Saúde instituindo exatamente o contrário.

As ações da Unidade ainda são mais voltadas para o aspecto curativista do que para o aspecto preventivo indo de encontro às mais elementares prerrogativas da atenção básica. Concomitante, não existe a educação em saúde, necessária para a emancipação humana e para a construção do papel de sujeito social de cada indivíduo. Educação em saúde produz direção para intervenções sociais e políticas na esfera da saúde.

Todos os problemas acima exemplificados denotam uma falta de organização e estratégia das práticas em saúde ou mesmo um entendimento errôneo dos objetivos das ações na atenção básica. Essas falhas operacionais tornam certas atitudes, como a integralidade, inexistentes ou de difícil execução. Assim, problemas focais no Sistema deixam de serem focais e atingem outros domínios devido ao fenômeno da interdependência.

Segundo L'Abbate (1999), outras dificuldades encontradas no cotidiano do fazer Saúde Coletiva que impedem a realização da integralidade são o número reduzido de profissionais em saúde, baixos salários, falta de valorização profissional, carreirismo, competição e falta de compromisso/envolvimento profissional.

Assim, tecem-se algumas reflexões acerca das necessidades funcionais do atendimento integral relacionadas às deficiências do próprio SUS.

Um dos mecanismos necessários à integralidade é a dimensão dialógica. Prática em saúde pública implica prática de conversação. É a partir da conversação que se identificam necessidades de ações para cada sujeito com o qual o profissional se relaciona, sejam eles pacientes ou membros da própria equipe. É a partir da conversação que se abrem brechas para a criação de vínculos. O diálogo leva o paciente a um maior conhecimento sobre seu estado de saúde, tornando-o mais apto a ser um elemento ativo no tratamento o que, desta maneira, determina uma maior qualidade da atenção recebida.

Outra prática importante para o êxito da integralidade é a adoção de uma postura crítico-reflexiva por parte dos profissionais em saúde. É necessária a internalização da idéia de que agir em saúde implica uma práxis/reflexão contínua e nunca concorrente, mas sim

solidária. Podemos desdobrar essa idéia de postura crítico-reflexiva em tópicos que vão ao encontro da construção da integralidade.

O primeiro tópico consiste na sobreposição do saber biomédico sobre o saber popular, realizada de forma arbitrária pelos profissionais em saúde e aceita passivamente pelos usuários do SUS. O saber do paciente não deve ser substituído e sim lapidado. Mal sabem os profissionais que muito disso depende a adesão ao tratamento, a aceitação das informações passadas, a confiança do paciente conquistada e a conseqüente integração da comunidade à unidade da ESF. Muitas falhas das campanhas educativas do Ministério da Saúde residem no fato de não se considerar o conhecimento pré-existente dos pacientes.

O segundo tópico é a compreensão e posterior assunção da responsabilidade que o exercício profissional em saúde pressupõe. É necessário que os profissionais sejam conscientes e tenham a maturidade intelectual e moral necessárias para lidar com a importância e seriedade do papel social da sua profissão. Da mesma forma, necessita-se que eles tenham a humanização necessária para sua prática. Essa maturidade também é precisa para o bom lidar com o *status* e prestígio social imposto ao profissional de saúde e com a confiança depositada pelo paciente em decorrência de seu estágio frágil e estésico, seja esta estesia física, psíquica ou moral.

O tópico terceiro, último relacionado à postura crítico-reflexiva que o profissional deve adotar, consiste no mais importante e efetivo fator condicionante da construção da integralidade: a formação. Engloba-se aqui tanto a formação básica da população como a formação acadêmica dos profissionais de saúde. A educação básica da população, se realizada adequadamente, levaria a um maior conhecimento por parte da população de seus direitos civis relacionados à saúde. Em se tratando de formação acadêmica, a noção instrumental que foi conferida ao profissional durante a graduação será determinante em sua prática. Atualmente, a formação dada pela maioria das instituições tem caráter biologista e mecanicista, contrariando a noção de que saúde não é uma ação técnica reacional e sim humana e inter-relacional. Idealmente, a formação deveria estar baseada na apreensão de termos básicos de cotidiana aplicação

na prática profissional, como valores humanos, dignidade humana, família e comunidade. Isso justifica a importância de disciplinas de caráter humano e sociológico na grade curricular: ajudam na formação crítica e voltada para o humano. Muitas vezes, o bom-senso, a ética e a disposição em agir não ensinadas em salas de aula, mas cuja tentativa de suscitação é válida, são os melhores instrumentos para se fazer saúde. Uma vez passado o momento de formação do profissional e as concepções desse indivíduo já estiverem consolidadas, é muito difícil, num momento posterior, humanizar o que já é humano, o que já é erroneamente humano.

Uma reflexão adicional necessária à construção da integralidade trata da relação entre os próprios profissionais em saúde. A conformação do modelo de ciência e da legislação com que a sociedade opera privilegia um saber profissional sobre o outro. Em palavras cruas, isso faz com que uma classe profissional valha mais do que outra. A rede de relações assimétricas e hierárquicas existente entre diferentes classes profissionais causa uma série de problemas relacionais, desde insatisfação até desestímulo por parte dos trabalhadores em saúde. Isso provoca práticas individualistas, fragmentando a Unidade e tornando impossível o fazer saúde, uma ação coletiva e integral. Individualidade é um dos antônimos da integralidade. Essa fragmentação desmantela idéias de trabalho em grupo, de reorientação de modelos de saúde e de propostas de integração. Diante disso, muitos daqueles profissionais antes engajados na idéia de reorientação acabam desistindo ou se acomodando na idéia de uma prática desinteressada e minimalista.

O que falta a esses profissionais, desde o princípio, é o discernimento de que saúde coletiva, bem como integralidade, pressupõe concepções multi-setoriais e multiprofissionais. As atribuições das diferentes profissões são intransferíveis, únicas em si mesmas e, principalmente, complementares, fazendo com que a saúde coletiva (todo) só seja construída com a soma das ações das diferentes profissões (partes).

A individualidade ainda é fomentada pelo desconhecimento dos limites das atribuições da própria profissão e\ou do campo de atuação da outra classe profissional além da crescente especialização

profissional causadora do isolamento desse trabalho especializado.

Em síntese, os fatores que compoem um ambiente propício para o desabrochar da integralidade seriam:

- Compreensão da abrangência do termo integralidade.
- Contextualização das ações com uma estratégia local pré-concebida.
- Absorção da idéia da importância do trabalho em equipe.
- Visão do usuário como sujeito e não objeto.
- Uso do diálogo.
- Melhoria/adaptação das instituições educadoras.
- A ida dos profissionais à comunidade e não o inverso.
- Entendimento de que não há profissões ou saberes superiores.
- Compreensão de que as profissões e suas ações são complementares.
- Privilégio da qualidade e da resolução do atendimento em detrimento à quantidade.
- Obediência às outras 12 diretrizes do SUS.
- Realização de atenção básica na Atenção Básica.
- Conhecimento das atribuições e importância da própria profissão e da profissão do outro.
- Estar disposto a mudar o quadro atual da saúde, indo de encontro à perspectiva geral dos profissionais que atuam nessa área.

Abrangendo ainda mais o alcance da integralidade e a noção do que é saúde, os seguintes fatores mostram-se decisivos à implantação desse princípio. Frise-se que a responsabilidade das ações a seguir não é exclusiva dos profissionais em saúde por formação. São ações que necessitam de ações de governantes e da própria comunidade, agentes de saúde por situação:

- Boas condições de vida da população.
- Acesso às tecnologias que melhoram ou prolongam a vida.
- Criação de vínculos e adoção de práticas humanizadas entre os profissionais e usuários e

entre os próprios profissionais.

- Aumento da autonomia das pessoas tornando-as aptas para conduzirem suas vidas, o que necessita de muita informação e educação.

Essas e muitas outras justificativas, dada a complexidade do termo integralidade, fazem com que essa diretriz do SUS seja de concretização tão difícil, sendo, contudo, tão necessária e tão urgente. Atualmente, é indubitavelmente o maior desafio das práticas em saúde pública.

Para o fracasso atual da integralidade, poder-se-ia apontar a culpa no sistema. Mas convenhamos: o sistema só existe em razão dos indivíduos que o fazem.

Assim, sabe-se que ainda há muito que se melhorar na saúde pública brasileira. A profissão em saúde é aquela que carrega maior responsabilidade social e permite a menor margem de erro. Os profissionais em saúde não trabalham em equipe e há muito trabalho a se fazer sendo que, muitas vezes, as ações necessárias estão fora dos seus alcances profissionais.

A realidade ruim e as necessidades de melhoria não são assumidas por todos porque há uma crença em que assumir as deficiências significa aumentar o próprio trabalho, desestabilizar um ambiente de trabalho tendencioso a muitas práticas não condizentes com o SUS e lutar por uma causa fadada ao fracasso. Além

disso, a adoção de uma postura reflexiva não conta com boa receptividade, porque esse profissional é percebido como ente alheio por não incorporar a mesma atitude geral e desinteressada.

Enfim, o sucesso e o fracasso da integralidade têm raízes equânimes às raízes do sucesso e fracasso do SUS: são determinadas pelas pessoas que a compõem.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

COSTA, E. M. A. CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

L'ABATTE, S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, supl. 2, Rio de Janeiro, 1999.