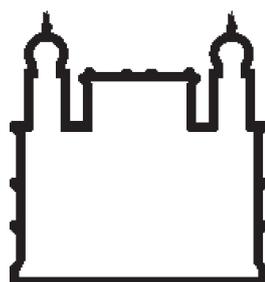
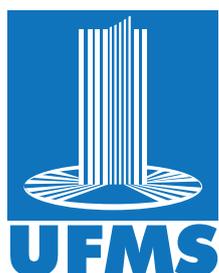




Pós-Graduação em
Atenção Básica em Saúde da Família

**Objeto de
Aprendizagem**

**Bases Legais do SUS:
Leis Orgânicas da Saúde**



FIOCRUZ
MATO GROSSO DO SUL

Bases Legais do SUS: Leis Orgânicas da Saúde

A Integralidade da atenção

Objetivo: Abordar o conceito de integralidade da atenção em saúde como princípio norteador das práticas de saúde, da organização dos serviços e das políticas, que atendam as necessidades dos cidadãos no que se refere a sua saúde.

A integralidade, assim como a universalidade, é uma das bandeiras de luta do Movimento Sanitário. Funciona como uma “**imagem-objetivo**”, como uma forma de indicar características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas, contrastando-as com características predominantes (MATTOS, 2004).

Imagem-objetivo

Mattos (2001) afirma que toda imagem-objetivo visa indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade. “Uma imagem-objetivo (pelo menos as imagens-objetivo construídas nas lutas por transformações sociais) parte de um pensamento crítico, um pensamento que se recusa a reduzir a realidade ao que ‘existe’, que se indigna com algumas características do que existe, e almeja superá-las” (MATTOS, 2001, p. 41).

A integralidade se tornou uma “imagem-objetivo” da Reforma Sanitária em função do caráter fragmentário das ações de saúde durante o período previdenciário. A separação institucional entre as ações médico-hospitalares, sob responsabilidade do INAMPS, e as ações de prevenção e controle de doenças, sob responsabilidade do Ministério da Saúde, fizeram com que a necessária articulação entre ações de promoção, prevenção e recuperação no enfrentamento dos problemas de saúde jamais ocorresse. Além disso, o predomínio de uma prática profissional centrada nos aspectos curativo-reabilitadores não favorecia a visualização da complexidade do processo saúde-doença e a decorrente necessidade de práticas mais integrais.

Tal fato, no dia-a-dia, produzia grandes limitações para as intervenções dos profissionais de saúde e enormes prejuízos para os usuários. Uma criança acompanhada desde o nascimento no posto de saúde não contava sequer com a possibilidade de fazer um Raio X para avaliar uma pneumonia, quanto menos com qualquer chance de ser referenciada, quando necessário, a um serviço especializado.

De outro lado, no pronto atendimento ou no consultório, um portador de hipertensão e diabetes era atendido numa situação de crise e, após resolvido exclusivamente o problema imediato, muito pouco podia-se desenvolver de um projeto terapêutico de longo prazo envolvendo ações educativas, corresponsabilizando a família, atuando fortemente na mudança de hábitos de vida, conseguindo a adesão do usuário para o uso regular e correto da medicação, entre outras coisas fundamentais para controlar aquele problema de saúde, ampliar a autonomia do usuário e evitar que, de tempos em tempos, ele voltasse sempre em situações crise, até a crise final.

Este tipo de situação, restritiva e excludente, indignava não só os próprios usuários, mas também trabalhadores de saúde comprometidos ético-politicamente com a defesa da vida de seus usuários. A integralidade, então, tanto em sua expressão individual, garantia do direito de serem usadas todas as tecnologias do conjunto do sistema necessárias para o cuidado integral do usuário, como na dimensão institucional, caracterizada no contexto da separação entre INAMPS e Ministério da Saúde, tornou-se uma bandeira de luta do Movimento e, mais tarde, um dos princípios doutrinários do SUS.

Assumir a integralidade como princípio orientador das práticas de saúde, da organização dos serviços e das políticas implica a negação de todo reducionismo. Como afirma Mattos (2001), um paciente não se reduz à sua doença, as necessidades de serviços de saúde não se resumem às necessidades de atendimento curativo para os seus sofrimentos, e os problemas que são objeto de políticas públicas não se reduzem a uma única dimensão.

Nessa direção, podemos dizer que boa parte dos reducionismos produzidos nos serviços de saúde se devem a uma certa incapacidade de os profissionais estabelecerem relação com os sujeitos-usuários, em qualquer âmbito de produção de ações de saúde.

Lidam com os sujeitos como se eles fossem apenas portadores de doenças, e não como portadores de desejos, de aspirações, de sonhos. Há modos de organizar os serviços que tomam certas percepções de necessidades (percepções necessariamente subjetivas) como se fossem reais. Retificando suas próprias percepções, tornam-se insensíveis aos desejos e aspirações de outros sujeitos, quer estejam eles como usuários, quer como profissionais. Há formuladores de políticas que concebem os sujeitos que sofrerão as consequências das políticas que formulam como objetos, alvos de intervenções (MATTOS, 2001, p. 62).

Assim, para que se dê um passo à frente, rumo à construção de práticas de saúde integrais, é necessário que se rompa com o padrão de relação sujeito (profissional de saúde) – objeto (paciente/ população) e se instaure uma relação sujeito–sujeito, seja nos serviços de saúde, seja na formulação de políticas públicas.

Mesmo entendendo que o avanço na qualificação e ampliação dos graus de integralidade das políticas, serviços e práticas de saúde é processo e resultado de um esforço permanente e não linear, poderíamos dizer que, na realidade dos serviços de saúde, temos hoje um grau de integralidade satisfatório ou, pelo menos, minimamente necessário? Avalie as situações indicadas a seguir, para avançar nesse debate:

Situação 1

No município X, decidiu-se formular uma política de controle da Doença de Chagas, em função da sua elevada prevalência. Nessa política estão previstas, exclusivamente, as seguintes ações: a) combate químico aos vetores; b) ampliação da cobertura do tratamento dos infectados; c) intensificação das ações de vigilância epidemiológica e de controle do banco de sangue.

Situação 2

J., 38 anos, desempregado, portador de hipertensão e cardiopatia, etilista, pai de seis filhos, procurou uma unidade básica de saúde porque nos últimos dias seu pé apresentava-se mais inchado que de costume. Na primeira vez que foi à unidade, a médica de saúde da família identificou que ele necessitava de uma consulta com o cardiologista do centro de referência; contudo, não conseguiu marcar a consulta e pediu que ele retornasse depois. Numa terceira vez, finalmente se agenda a tal consulta, e no dia certo J. comparece.

Após os exames, o cardiologista indica a J. a necessidade de atenção hospitalar, pois seu quadro se agravou. Na urgência, o plantonista discorda e, na ausência de justificativa por escrito, recomenda a J. retornar à sua UBS. Sem vaga no dia para consulta, a enfermeira da equipe diz a J. que tem dificuldade de resolver o caso dele, pois ele não tem nenhuma informação além de sua queixa de cansaço e pés inchados e, sem nada escrito, vai ser difícil convencer o médico a atender, pois as fichas já acabaram.

Situação 3

Estudo de avaliação da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) nas unidades do Programa Saúde da Família no estado de Pernambuco identificou, entre outros dados, que apenas 1/3 dos profissionais fizeram a investigação de três dos quatro sinais gerais de perigo que evidenciam a presença de doença grave que requer encaminhamento para unidades de saúde mais complexas. Poucos realizaram a verificação dos sinais de desnutrição e, em apenas 48,7% das crianças, houve investigação quanto à mudança de alimentação. Dois terços das mães foram avaliadas quanto à amamentação.

Fonte: Eronildo Felisberto et al. (2002).

O que cada uma dessas situações expressa? Expressa problemas referentes a distintos sentidos da integralidade.

A **Situação 1** trata de uma política de saúde voltada para um problema específico: uma doença. Embora estejam presentes importantes elementos da atenção à saúde, não estão contempladas ações voltadas para a promoção da saúde, no sentido pleno. Uma política de atenção integral deveria ser intersetorial e incluir, entre outras: ações de vigilância ambiental e preservação do meio ambiente, uma vez que a doença prevalece em espaços ecologicamente “abertos” pelo homem; ações voltadas para a melhoria das habitações ou construção de moradias; práticas de educação e comunicação em saúde; envolvimento da população no controle da doença etc.

Na **Situação 2**, por sua vez, percebe-se claramente a desarticulação entre os serviços de saúde. Apesar de J. ter conseguido acessar a UBS, não conseguiu dar seguimento ao tratamento, a partir do momento em que necessitou de exames e serviços especializados. Um sistema de saúde pautado pela integralidade deveria garantir a continuidade da atenção, articulando uma linha de cuidado responsável desde a unidade básica de saúde (inclusive articulando o cuidado entre os distintos profissionais da própria equipe), passando pelo ambulatório especializado, até a urgência do hospital e sua enfermaria.

Por fim, nas **Situações 2 e 3**, temos uma fragmentação do cuidado, que:

- Não integra os diversos olhares e saberes dos profissionais num efetivo trabalho em equipe;
- Não desenvolve uma abordagem contextualizada e familiar;
- Não reconhece como necessidades de saúde, nem incorpora como ações de um plano de cuidado elementos que não estejam diretamente relacionados ao que supostamente é o problema – doença principal do usuário.

Como você deve ter observado, tudo acontece nas situações indicadas como se o desemprego e o alcoolismo não tivessem que ser considerados como parte do processo de adoecimento e alvo de ações concretas (**Situação 2**), como se a situação de vida e desnutrição das crianças não fosse parte importante do processo, que se expressa também como sinais e sintomas na **Situação 3**, sintomas, aliás, mal avaliados.

Um cuidado integral não deve reduzir o indivíduo à sua doença, nem isolá-lo de seu contexto social ou ignorar sua situação de vida e modo de viver a vida; não deve esquecer que problemas de saúde semelhantes podem ter individualmente expressões subjetivas absolutamente distintas, a depender de cada sujeito singular considerado em seu contexto.

Desse modo, é possível apreender as três dimensões da integralidade tratadas por Mattos (2001). Uma primeira é aplicada às características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a problemas de saúde. Aqui, a integralidade se refere à abrangência dessas respostas governamentais, para articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A separação entre a medicina exclusivamente curativa e as ações essencialmente preventivas sobre o ambiente e sobre hábitos de vida não parece mais ter fundamentação. A melhoria da saúde da população depende, assim, em proporções desconhecidas, da qualidade do ambiente, da prosperidade geral do país e dos serviços de saúde realizados pelo sistema de tratamento (CONTANDRIOPOULOS *apud* CAMPOS, 2003, p. 570).

A segunda é a dimensão relativa aos aspectos da organização dos serviços de saúde na implementação de redes assistenciais que garantam a continuidade do cuidado e a articulação entre os distintos níveis de complexidade, independentemente da porta de entrada do paciente.

Por fim, a integralidade pode ser compreendida na sua terceira dimensão como um traço da boa prática profissional, que consistiria em uma resposta ao sofrimento do usuário que procura o serviço de saúde e um cuidado para que ele não seja a redução a seu aparelho ou sistema biológico, pois tal redução cria silenciamentos. Em síntese, a integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude da equipe de profissionais de saúde que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Na biblioteca do curso, no ambiente virtual de aprendizagem, você encontrará os artigos de Ruben Araújo Mattos: “Os sentidos da Integralidade” (2001) e “A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)” (2004). Recomendamos a leitura complementar dos dois textos indicados.