

CUIDADO, ACESSIBILIDADE E INTEGRALIDADE: ELEMENTOS FUNDAMENTAIS PARA PENSAR A SAÚDE E O TRABALHO DO ACS

Camila Furlanetti Borges¹

Marcela Alves Abrunhosa²

Felipe Rangel de Souza Machado³

INTRODUÇÃO

Se perguntarmos hoje aleatoriamente a um transeunte no centro da cidade algo sobre política de saúde, possivelmente a primeira imagem que virá a sua cabeça será de um hospital, depois de um médico, talvez, em terceiro lugar de um posto de saúde. Não só no senso comum estas imagens emergem como primordiais; se acompanharmos o noticiário e, sobretudo, as campanhas políticas, tais imagens manifestam-se mais nitidamente. Quem não se lembra das promessas sempre renovadas de mais hospitais e mais médicos? Certamente hospital e médico figurarão no centro dos debates de qualquer discussão acerca de políticas de saúde; no entanto, deve-se reafirmar que tal discussão não se restringe a este nível.

Ironicamente as aludidas imagens estariam mais próximas dos fenômenos da doença. Mas o que são fenômenos da saúde? O que é saúde? Não nos deteremos na busca de uma única resposta a este questionamento, nem faria sentido tal empreitada; o que nos importa aqui é declarar nosso entendimento de que saúde diz respeito a fenômenos eminentemente sociais ou, como afirma Minayo

¹Professora-pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (LABORAT) da EPSJV. Doutoranda pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz). Contato: camilaborges@epsjv.fiocruz.br.

²Professora-pesquisadora do Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde (NUTED) da EPSJV. Graduada em Ciências Sociais pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Contato: mabrunhosa@epsjv.fiocruz.br.

³Professor-pesquisador do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (LABORAT) da EPSJV. Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Contato: felipemachado@epsjv.fiocruz.br.

(1997), devemos entender a saúde como um fato social. Ou ainda, seguindo o pensamento de Canguilhem (2002), saúde e doença são fenômenos que compõem o espectro de normalidade da vida, visto que um não subsume no outro⁴. Mas, então, por que quando falamos de saúde as primeiras imagens que nos vêm à cabeça são da doença? Mesmo já tendo rompido com a ideia de que saúde não é apenas a ausência de doença. Talvez se perguntássemos ao mesmo transeunte apenas sobre saúde, ele respondesse outra coisa, talvez viesse a sua mente a imagem de um esportista, de alimentos leves e saudáveis, de uma boa noite de sono...

O viés da pergunta inicial está na introdução da palavra política antes da palavra saúde. Talvez tenhamos chegado a um pequeno consenso, compreendendo que a política de saúde não deve se abster do conhecimento das doenças, até porque, como nos lembra Mattos (2004a), é o conhecimento sobre as doenças que permite aos profissionais de saúde atuarem diante de um sofrimento assistencial. A falta de consenso permanece, portanto, na ideia de política.

Se a saúde for compreendida como espaço da individualidade, da autonomia, das idiosincrasias, a política pode dizer respeito à homogeneização, indiferenciação, coletivização. Saúde seria o espaço do indivíduo (privado), enquanto política seria o espaço do Estado (público). Nessa perspectiva, indivíduo e Estado são entes cindidos, autônomos. Para compreendermos melhor esta cisão, é necessário retomar alguns aspectos teóricos que embasam esta discussão. Posteriormente, no decorrer deste texto, referiremos-nos a algumas análises do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), entendendo a peculiaridade de sua dupla inserção na política de saúde – como profissional de saúde e como morador da respectiva área de ação da equipe de saúde da família.

⁴“Estar em boa saúde é poder cair doente e se recuperar; é um luxo biológico. (...) Ao contrário, a característica da doença consiste numa redução da margem de tolerância às infidelidades do meio” (CANGUILHEM, 2002, p. 160).

PONTO DE PARTIDA

Primeiramente devemos considerar, como aponta Arendt (1981), que o desenvolvimento do capitalismo operou significativa transformação no sentido do que seria político e de qual seria a atuação do Estado. Havendo um *alargamento da esfera social*, representativa da sociedade de massas, regida pela lógica da acumulação, há também uma redefinição do sentido de público, fazendo-o coincidir não mais com o espaço da política, mas com estatal, posto que o Estado torna-se representante das aspirações dessa sociedade, e não espaço de construção política.

Por *público*, em sua concepção originária – aquela que nos interessa recuperar –, podemos ter dois sentidos: a) público é o lugar onde as coisas saem do obscuro privatizado e ganham luz da praça pública para que, sob os olhos e ouvidos de outros, possam ganhar *status* de realidade – a saber que na esfera pública só há espaço para o que é relevante e qualquer coisa que afete a toda uma sociedade não é necessariamente pública, uma vez que sua relevância está em jogo; b) público refere o próprio mundo, mundo que é produto das mãos humanas, mundo que faz intermédio entre os seus habitantes, mundo que é comum a todos, mas no qual cada um ocupa um lugar diferente, se separa, se individualiza e se relaciona com outros. É a distinção entre os homens que os impele a se relacionar. A destruição do mundo comum se dá com “a destruição dos muitos aspectos nos quais ele se apresenta à pluralidade humana” (ARENDR, 1981, p. 67).

Mas ainda há o *espaço público* entendido como qualquer espaço, seja na esfera pública, privada ou social, onde a cidadania é reconhecida. O espaço público está atrelado ao exercício de *cidadania*, mediante a *sociabilidade política* que só é possível entre homens que se reconheçam entre si como cidadãos. Nesse espaço existe diálogo em torno de um debate comum, e o diálogo pressupõe pares, não partes iguais. Esse é um dos sentidos da luta pelo serviço público de saúde – e pressuposto fundamental da

integralidade em saúde. Nesse âmbito, o próprio estabelecimento de saúde pode ser um espaço público e não mais privado, como apontado anteriormente – e aqui importa destacar que isso requer o resgate da ação política e da cidadania. Compreender a saúde como parte inerente da cidadania, e a garantia de sua manutenção como tarefa precípua do Estado, significa que a manutenção financeira dos serviços públicos por parte do Estado não deve ser entendida como questão de benevolência ou de gratuidade. O fato de ser gratuita refere-se a um direito do cidadão, e essa gratuidade, ao contrário, requer o preço, ou melhor, o custo de ser um cidadão.

Por outro lado, o fato de a saúde ser função a ser garantida pelo Estado não nos deve levar a uma concepção de Estado como um ente distinto e superior da sociedade, dotado da legitimidade de tomar todas as decisões em nome dos cidadãos. O Estado, exatamente por ser formado por um conjunto de instituições através das quais opera o governo de uma sociedade, é dado à ação política dos cidadãos. Nesse sentido, torna-se incoerente admitir que a política é apenas a ação do Estado, quando de fato a política o extrapola. Também seria incoerente operar uma cisão entre indivíduo e sociedade, tal como foi feito na situação hipotética que descrevemos.

Falar de serviço de saúde público é também opô-lo ao privado. Privado no sentido de espaço da vida social e não da vida política, privado no sentido de local da preocupação com a acumulação social da riqueza e não com o estabelecimento da propriedade, onde os valores são instáveis e não atribuem ao homem o seu lugar no mundo, onde não se faz história e onde as conquistas são fugazes, dado que a relação mercantil é onipresente. Mas importa que os serviços de saúde, públicos, marquem a possibilidade de construção também do espaço de privatidade, no sentido de espaço para satisfação de necessidades e para a proteção da intimidade. O serviço de saúde público pode vir a tornar-se, e é desejável que se torne, espaço público, por estar livre das mediações do mercado e estar aberto para a ação política.

Antes da expansão do social, o espaço público coincidia com o lugar da política. É que a política remete a visões de mundo, suscita conflitos e impele ao diálogo. Ela é possível exatamente entre cidadãos, homens livres para expressar-se e para agir. Cidadania não mais se referindo a “direitos dos iguais”, posto que isso é imperativo⁵ massificador. Nem referindo à fragmentária ideia de conceder aos excluídos os direitos civis, políticos e sociais, posto que não se trata nem de algo a ser concedido, nem de algo a ser estratificado em diferentes estatutos de cidadania. Trata-se, sim, de algo a ser exercido por todos, mas de maneira diferenciada conforme a inserção social e conforme as diferentes visões políticas de cada um. Onde há exercício de cidadania, há possibilidade de criação⁶ de direitos (MACHADO et al., 2005). Nessa perspectiva, é preciso atribuir um “novo olhar sobre os direitos (...) deslocando-os de uma perspectiva formalista, não histórica, para assentá-los nas condições reais de existência, particularizados em cada formação social” (ibidem, p. 52).

Quanto à premissa da *saúde como dever do Estado*, não é satisfeita com um Estado que opere o “governo de ninguém”⁷, financiador de serviços gratuitos, mantenedor de regras morais ou que assegure direitos formais que pouco trazem em termos de liberdade e muito em termos de coação. Ao contrário, pretende-se estabelecer um outro patamar de interação entre Estado e sociedade civil, onde ambas as partes reinventem seu poder de interlocução política, aglutinando interesses, oferecendo propostas, construindo meios de reconstrução do social. O Estado deve reposicionar-se de forma que, entre legislação, execução e organização judiciária, ao fim e ao cabo efetive-se a democracia dos homens singulares. Nesse sentido, é dever do Estado mediar conflitos e fortalecer o público. E essa não é meramente a conquista de mudanças administrativas e legais, mas também a transformação de uma nova cultura em torno da saúde.

⁵Qualquer imperativo remete a um movimento pré-político.

⁶A criação, para Arendt (1981), é a marca do agir humano, cuja expressão é essencialmente política.

⁷Crendo no interesse único da sociedade massificada, não necessita da figura do governante para garantir o governo de seus membros, para garantir que os homens se comportem segundo regras normalizadoras, não deixando espaço para a ação (ARENDDT, 1981).

DA IDEIA DE POLÍTICA E SAÚDE AO SISTEMA DE SAÚDE: O PAPEL DO TRABALHADOR

Mas quais são os fatores que transformariam as políticas no interior do Sistema Único de Saúde (SUS)⁸ como elementos de saúde? Ou, dito de outra forma, como é possível compreender o exercício de construção de saúde como um exercício político no interior do SUS? Neste breve ensaio, sugerimos três elementos para trazer para o interior do SUS a ideia de saúde, e não somente a ideia de doença, quais sejam: *cuidado, acessibilidade e integralidade*.

Importante ressaltar neste momento a centralidade dos trabalhadores na condução das políticas e, sobretudo, como articuladores dos três elementos citados. Nesse sentido, destacaremos o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), entendido como elemento inovador da Estratégia de Saúde da Família (proposta prioritária do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Atenção Básica), “sobre o qual recaem expectativas de mediação, aproximação, facilitação do trabalho de atenção básica em saúde” (BORNSTEIN e STOTZ, 2008, p. 458). Afirmamos nesse ensaio a aposta no ACS como profissional capaz de contribuir para o rompimento com um modelo tradicional de atenção à saúde de características fragmentárias e reducionistas, baseado na doença e na coisificação do usuário e capaz de contribuir para a construção de sistemas de saúde mais permeáveis às demandas territoriais e ao caráter democrático para o qual as relações de cuidado em saúde podem contribuir.

Não custa lembrar, como destaca Ramos (2007, p. 40), que no modo de produção capitalista ocorreu uma “divisão entre as esferas do conhecimento e da produção; da ciência e da técnica; da teoria e da prática. (...) O trabalhador, ao invés de sujeito de conhecimento, de reflexão e imaginação, passa a ser considerado como partes das máquinas”, tendo seu trabalho resumido ao desempenho de um

⁸Por tudo que foi dito até agora, justifica-se o fato de nosso debate estar direcionado para a preocupação com o SUS – sistema assumido como política pública de saúde na Constituição de 1988.

conjunto de tarefas simples. Inviabilizando, desta forma, a articulação necessária entre o cuidado, a acessibilidade e a integralidade, na medida em que é exigido do trabalhador apenas conhecimentos estritamente necessários para realizar operações simples (RAMOS, 2007).

Além disso, no âmbito do SUS, a divisão social do trabalho estabelecida prioriza o saber dos trabalhadores de nível superior – detentores do saber científico – em detrimento do trabalho de nível médio, a quem “competem as tarefas (...) intermediárias, que compreendem saberes procedimentais e alguns saberes teóricos instrumentais aos procedimentos” (RAMOS, 2007, p. 40). Nesta lógica, aos trabalhadores de nível médio, restariam tão somente as tarefas mais elementares determinadas por seus superiores, os quais teriam a responsabilidade de desempenhar o trabalho intelectual.

Entendemos que, ao identificarmos os três elementos anteriores e relacioná-los ao trabalho em saúde desempenhado por profissionais técnicos ou de nível médio, estamos ressaltando a centralidade destes trabalhadores no desenvolvimento das políticas públicas de saúde. Certamente não é qualquer trabalho técnico, mas um trabalho qualificado e responsável. Concordamos com Lima e Pereira sobre o processo formativo deste trabalhador dever ser norteado pela noção de politecnia,

não como o domínio de uma multiplicidade de técnicas fragmentárias, mas como o domínio dos fundamentos científicos das diferentes técnicas que presidem o processo de trabalho moderno, o que recoloca as discussões acerca da relação trabalho-educação em novo patamar, buscando sobretudo resgatar a dimensão contraditória do fenômeno educativo, seu caráter mediador e sua especificidade no processo de transformação da realidade. (LIMA; PEREIRA, 2008, p. 19).

Feita esta breve aproximação com os referenciais que embasam nossas discussões, passemos à explicitação dos três elementos que consideramos fundamentais no desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil, explicitando o potencial do ACS na realização dos mesmos.

CUIDADO - PRIMEIRO CONCEITO AUXILIAR NA SAÚDE

Inicialmente, devemos enfatizar nosso entendimento de que a saúde não se restringe aos fenômenos biomédicos; constitui-se, sobretudo, como fato social (MINAYO, 1997; CONTANDRIOPOULOS, 1998). Como fato social, não deve ser olhado apenas sob a ótica de um único especialista. O cuidado em saúde deve partir de uma organização multiprofissional com vistas à interdisciplinaridade. Este atributo pressupõe certa porosidade ao saber do outro, sendo o outro um especialista ou um técnico, um familiar ou um vizinho, mas principalmente o sujeito a ser cuidado, que é um interlocutor privilegiado, pois é ele quem informa sobre a doença e o sofrimento. O cuidado pressupõe vínculo, responsabilidade e continuidade.

O vínculo diz de uma ligação mais ou menos estável, mais ou menos durável, mas certamente prenhe de sentido e necessariamente um elo – ou um laço – entre duas ou mais pessoas interessadas em algo comum.

O ACS, sendo um trabalhador que necessariamente tem dupla inserção no território de atuação da equipe de saúde – como morador e como profissional de saúde –, é entendido como um facilitador da criação de vínculos. Nesse sentido, R. Silva et al. propõem o questionamento do caráter desse vínculo, que pode ser de elo ou de laço:

Num plano simbólico, poderíamos entender que o elo (...) reflete um enquadramento funcional, na medida em que sua única função é unir partes separadas, em sentidos opostos, o que remete a uma sensação de tensão (...) [de] estrutura fechada em si mesma, com a simples finalidade de prender, segurar (...). O laço, por ser artesanal, nos dá a sensação de mobilidade. Diferindo do que ocorre com a corrente, o laço pode ser desfeito, feito, tomar outras formas. (SILVA et al., 2004, p. 78-79).

Por sua possibilidade de formar laços, o ACS torna-se um importante profissional no cuidado em saúde, atento também à responsabilidade e à continuidade aí implicadas.

A responsabilidade refere a busca pela estabilidade do vínculo e o contrato mais ou menos formal ou informal de empenho no inte-

resse partilhado, ou seja, a busca por saúde, seja diante da própria saúde, seja em situação de doença. É a responsabilidade das duas ou mais pessoas que constroem o vínculo que garante uma relação não de tutela nem de dependência na continuidade. A continuidade é o elemento temporal e espacial que permite inscrever a dimensão histórica do cuidado.

Ainda considerando a complexidade da relação do cuidado em saúde, duas considerações merecem atenção quanto ao sujeito que demanda o cuidado: primeiro, que o sujeito é mais que um doente; segundo, que ele é doente. A obviedade dessas considerações não deve escamotear sua importância. A construção do cuidado em saúde requer sensibilidade para atuar junto a essas duas questões.

De um lado, situa-se a dimensão sociocultural dessa relação, visando à sociedade e visando ao “além doença” do sujeito. Daí advém um aspecto do cuidado que, diferente de remeter à assistência, remete às ações que colocam a questão da contratualidade do sujeito no centro da cena, que abrem para o exercício da cidadania e a atuação no mundo comum. O próprio serviço de saúde pode favorecer essa dimensão do cuidado quando se dispõe a ser lugar de convivência, de circulação, de troca e de exercício de democracia, evocando a participação de outros atores do território⁹. Também os espaços exteriores ao serviço podem constituir-se locais de cuidado. Disso extraímos que não existe um lugar físico onde o cuidado é prestado. O cuidado é algo do âmbito das relações interpessoais, que depende do diálogo e da confiança. Não afirmamos com isso que os lugares não interfiram. Certamente o ambiente hospitalar conturbado e hostil é avesso ao cuidado. Mas o desafio está justamente em romper com as barreiras institucionais e instaurar o cuidado. Não significa afirmar que isso é responsabilidade individual de cada profissional; certamente depende também de apoio

⁹Território, para além de uma demarcação geográfica, traz uma demarcação social, histórica, simbólica, sendo espaço de reconhecimento de seus atores entre si e de atuação política dos mesmos (Ver MONKEN e BARCELLOS, 2007).

institucional, inclusive no que diz respeito a uma formação voltada para o cuidado (emancipadora) e não para a operacionalização da técnica (FRIGOTTO; CIAVATTA, 2003).

Desse modo, a institucionalidade do trabalho do ACS promove a possibilidade de flexibilização dos espaços de cuidado. Bornstein e Stotz ressaltam que dos integrantes da equipe de saúde da família o ACS é o trabalhador que mais tem conhecimento empírico da área onde atua: “A dinâmica social, os valores, as formas de organização e o conhecimento que circula entre os moradores. Esse conhecimento pode facilitar o trânsito da equipe, as parcerias e articulações locais” (BORNSTEIN; STOTZ, 2008, p. 458).

Estes mesmos autores chamam atenção para o risco de a mediação realizada pelo ACS, entre a comunidade e os demais profissionais de equipe de saúde da família, tornar-se vertical e assimétrica, “já que o serviço prioriza suas orientações e procura convencer a população com relação ao valor do saber tecnocientífico. Trata-se de uma situação que apenas reproduz a lógica do controle sanitário dos serviços sobre a população” (BORNSTEIN; STOTZ, 2008, p. 459). Todavia, a ruptura desse tipo de mediação é capaz de estimular o compartilhamento de conhecimentos e a porosidade da equipe de saúde às necessidades e demandas da população, potencializando uma solidariedade entre saberes que, não hierarquizados entre si, podem extrapolar a questão da doença e alcançar a compreensão dos modos de andar a vida locais (BORNSTEIN; STOTZ, 2008; SILVA et al., 2004).

No intuito de superar o risco mencionado, Bornstein e Stotz sugerem o aporte, no trabalho do ACS, da educação popular, visto que esta “(...) parte do princípio de que o educando possui um saber prévio, adquirido em sua história de vida, sua prática social e cultural; este é o ponto de partida para a aquisição de novos conhecimentos” (BORNSTEIN; STOTZ, 2008, p. 462).

Assim, é o duplo reconhecimento que deve embasar o trabalho em saúde: entre dois ou mais sujeitos que se reconhecem enquanto sujeitos, enquanto portadores de conhecimento e de poder.

Cidadãos. Importa ressaltar que esse caráter constitui um nó central para o êxito de qualquer proposta de modelo de atenção do SUS.

Por último, cabe resgatar o trabalho de Canguilhem, pois, para ele, “a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível, que a vida é polaridade e por isso mesmo posição inconsciente de valor, em resumo, que a vida é, de fato, uma atividade normativa” (CANGUILHEM, 2002, p. 96). Este autor fala também do exercício de normatividade do vivente, tratando-se de um movimento de instituição de normas próprias, que implica vontade e compromisso. Trata-se de assumir responsabilidades, fazer escolhas, tomar posições e decisões, propor movimentos e arriscar-se nas trocas sem uma tutela, mas eventualmente com o respaldo de uma relação de cuidado.

Por isso, numa relação de cuidado, as propostas de tratamento e as decisões clínicas e terapêuticas requerem sujeitos com autonomia para a condução da ação direcionada para um objetivo comum, mas não isento de negociações e incertezas. E ainda, se compreendermos o cuidado como espaço de exercício de autonomia dos sujeitos, ou seja, como um processo de construção de normas em espaço de troca e de conflito, e, por conseguinte, como um produto do exercício de normatividade, o que encontramos nesse conceito é ao mesmo tempo produção e condição para a construção de saúde. As práticas de cuidado em saúde são condição fundamental para o funcionamento de um modelo assistencial pautado na construção de acessibilidade.

ACESSIBILIDADE – SEGUNDO CONCEITO AUXILIAR DA SAÚDE

Este é o conceito que alude ao que é desejável num modelo assistencial em saúde. O anterior se refere mais propriamente a posturas e agires que também são coerentes com acessibilidade, mas é este que mais se aproxima da questão da organização dos serviços, a gestão do trabalho e sua interface com o território.

Um serviço de qualidade é aquele que se ocupa de todos os pacientes e de toda demanda que lhe é referida, sem estabelecer hierarquias de intervenção e de lugares separados, sem embarrear o acesso através de esquemas de seleção/exclusão e admitindo sua insuficiência com vistas a uma atuação conjunta com o território e seus dispositivos. Para isso, propõe que se pense não nos recursos, mas nas *oportunidades* dos serviços, que podem ser as ocasiões negociáveis.

Fekete toma o estudo da acessibilidade como meio de apreensão da relação existente entre “as necessidades e aspirações da população em termos de ‘ações de saúde’, e a oferta de recursos para satisfazê-las” (FEKETE, 1997, p. 116), definindo acessibilidade “como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde” (Idem, 1997, p. 116). E elabora uma tipologia dos obstáculos referentes a quatro dimensões: geográfica, organizacional, sociocultural e econômica¹⁰. Por fim, conclui que existem “distintos níveis de acessibilidade para diferentes necessidades, as quais, por sua vez, devem estar cobertas por distintas características do recurso” (Idem, 1997, p. 117).

A concepção de acessibilidade oferecida por esta autora e o emprego da noção de necessidade aludem ao arcabouço teórico referido à organização hierarquizada da oferta de bens e serviços de saúde e à lógica de mercado. Por essa lógica trata-se o usuário como consumidor que faz o movimento de demanda numa direção e os serviços de saúde como prestadores de oferta em direção oposta. Uma análise dicotômica que desqualifica a demanda baseando-se na crença de que os pacientes desconhecem aquilo de que realmente

¹⁰A “(...) acessibilidade geográfica não se mede apenas pela distância já que uma determinada região pode apresentar características físicas que impeçam ou dificultam o acesso da população” (1997, p. 117). Além disso, “cada um destes elementos (credibilidade do serviço, preferência por médicos, existência de terceiro turno e outros) pode influir sobre a acessibilidade geográfica teórica” (1997, p. 118). A acessibilidade organizacional alude a obstáculos que podem estar na entrada ou no interior do serviço de saúde, bem como aqueles “que surgem na continuidade da assistência, já que são ainda incipientes os mecanismos de referência e contra-referência, bem como o grau de hierarquização da rede” (1997, p. 118). Quanto à acessibilidade sociocultural, são influentes a percepção dos fenômenos que determinam a busca de assistência à saúde e a forma como trabalhadores e pacientes se percebem e se relacionam. Sobre acessibilidade econômica, a autora considera que “a oferta insuficiente de ações e serviços faz com que o gasto em saúde das famílias brasileiras ainda seja elevado” (1997, p. 119).

precisam e os meios para a obtenção, cabendo aos profissionais de saúde fazer a tradução técnica em termos de necessidades (SILVA; PINHEIRO; MACHADO, 2003).

Para os autores, é preciso ressignificar e contextualizar os conceitos. As formulações de oferta e de demanda são marcadas por relações entre gestores, profissionais e usuários perpassadas não apenas por questões técnicas, assistenciais e econômicas, mas também pela dimensão política e cultural. Por isso, as relações de demanda e oferta são constitutivas de um cotidiano onde distintas visões de mundo interagem em torno da questão da saúde com vistas à construção da integralidade. É por seu caráter político que participam da configuração da acessibilidade, pois negociam a receptividade maior ou menor dos usuários ao serviço de saúde.

Assim, propomos um entendimento do que seja acessibilidade:

Acessibilidade, portanto, não se reduz ao conceito de acesso pela proximidade, tal como destacam os documentos das políticas de saúde neste país, nem se traduz na concepção empobrecida de disponibilidade, pela presença física dos recursos nas áreas onde existem. A acessibilidade formulada pela população usuária corresponde à relação funcional formulada entre as “resistências” que são oferecidas pelo próprio serviço – que se exprimem nas dificuldades sentidas pelos usuários para efetivarem o atendimento que buscam – e o poder de utilização que se forma através das experiências, percepções e valores – que se expressam nas razões para o bom atendimento – por parte de quem é atendido e conforma seu perfil de demanda. (CONH et al., 1991, p. 93).

Por que se insiste na acessibilidade e não meramente no acesso? Para Conh et al. (1991), a noção de acesso refere-se à distribuição espacial de equipamentos e serviços viabilizando a ideia de hierarquização da demanda. Enquanto o acesso é a medida da utilização dos serviços disponíveis, a medida da acessibilidade é dada pelo “poder de utilização” que passa não apenas pela presença física de serviços e profissionais de saúde.

O que fica claro é que outras variáveis denunciam processos cognitivos e culturais dos usuários, que se apresentam através de atitudes e

condutas inerentes à procura da atenção à saúde, e que, a partir das diferentes respostas, permitem inferir o “grau de ajuste” que a população expressa entre o perfil da demanda que conforma e o atendimento que recebe. (CONH et al., 1991, p. 90).

Esses autores privilegiam o entendimento da acessibilidade como um movimento realizado por usuários dos serviços de saúde. A incorporação desse conceito nos serviços de saúde, sobretudo em propostas como da Estratégia de Saúde da Família, deve operar uma extrapolação, encontrando na acessibilidade um movimento a ser realizado tanto por usuários quanto por profissionais e serviços, compondo um espaço de negociação que envolva ativamente todos os compromissados com a relação de cuidado. Regidos pela lógica da acessibilidade, os ACS contribuem para que a equipe de saúde da família possa se questionar sobre a organização do trabalho, o quanto tem impactado na formulação da demanda. É a porosidade e a disposição do serviço para o acolhimento das demandas referidas e construção de vínculos de cuidado, buscando transpor todos os impedimentos colocados no território – impedimentos por parte do próprio serviço, do próprio paciente ou do próprio território, independente de tipologias – que compõem esse movimento de acessibilidade.

Trata-se, portanto, do aspecto interno do modelo assistencial referente à organização cotidiana do trabalho e suas interfaces, cuja plasticidade, coerência e direcionamento político são capazes de não fazer autorreprodução de demanda, nem adequação desta em termos de necessidade médica, mas, ao contrário, proporcionará espaço para elaboração de demanda e para transformação da oferta, para que profissionais de saúde e pacientes possam negociar e criar formas de cuidado, gerindo a acessibilidade. Para Machado (2006), a atenção às demandas da população muitas vezes é limitada pela própria organização dos serviços de saúde, que

autoimpõe-se uma limitação na capacidade de escuta e utilizam indiferenciadamente o mesmo olhar sobre as distintas demandas, fatores estes fundamentais na determinação das impossibilidades de

construção de novos direitos. A noção ampla do direito à saúde vai se “apequenando” dentro dos espaços estatais, se limitando à prestação de serviços específicos. (MACHADO, 2006, p. 66).

Esta característica dos serviços de saúde comentada por Machado (2006) ecoa em todos os níveis do sistema de saúde. Bornstein e Stotz chamam a atenção para o fato de que

a forma de mediação praticada [no trabalho do ACS] não depende apenas da vontade ou qualidade dos ACS. Interferem múltiplos fatores, entre os quais: as diretrizes dos serviços; as metas exigidas; a organização dos serviços e sua permeabilidade à demanda da população; a formação dos agentes de saúde e dos demais profissionais de saúde. (BORNSTEIN; STOTZ, 2008, p. 464).

Por outro lado, sendo o ACS um profissional que atua na construção de laços permeáveis às considerações de distintos grupos de saberes, torna-se, por isso mesmo, capaz de gerar crises – como oportunidades de reconstrução dos processos de trabalho – que podem atuar na construção cotidiana da acessibilidade.

Acreditar que esse desafio possa ser enfrentado é assumir que demanda “se constrói cotidianamente, fruto de um inter-relacionamento entre normas e práticas que orientam os diferentes atores envolvidos (indivíduo, profissional e instituição), que formulam e implementam políticas de saúde, seja de uma localidade, de um estado ou país” (PINHEIRO et al., 2005, p. 12). Ressaltando, é assumir também que os processos de trabalho e as práticas de saúde respaldam e influenciam a formação de demanda, fazendo saltar a importância da acessibilidade dos serviços de saúde.

Há ainda outras considerações. Pinheiro apresenta a percepção de que “os elementos constitutivos da demanda encontram-se relacionados a visões distintas, mas coerentes entre saúde, doença e cura” (PINHEIRO, 2001, p. 78). É no desencontro entre as concepções e os problemas apresentados pelos pacientes e a percepção dos profissionais do que seriam questões de saúde que estes realizam distinções entre o que seriam “necessidades reais”, que requerem “soluções terapêuticas” ou “soluções sociais”, entendendo

ambas como excludentes. Cabe questionar, do lado da oferta, como esta pode ser organizada de forma a perceber e contemplar as demandas sem ter que classificá-las como necessidades. Significa, antes de tudo, reconhecer a legitimidade do saber dos sujeitos que demandam cuidados em saúde.

Assim, pensar em cuidado significa tratar a construção de saúde como momento que requer e que visa à autonomia dos envolvidos. Somente em exercício de autonomia é possível elaborar demanda, e os serviços de saúde devem compor um modelo assistencial voltado para o favorecimento desse exercício, fazendo a gestão de ofertas e demandas com vistas à acessibilidade.

Quanto ao desafio do exercício da autonomia e vocalização das demandas a partir do sofrimento, há ainda algumas considerações que podem lançar luz sobre o debate. Trata-se do que estamos considerando “conceito norteador”, qual seja, o de integralidade. Norteador por oferecer um rumo na tarefa de recuperação da dimensão política da saúde enquanto direito de cidadania, e também por orientar a elaboração dos conceitos auxiliares trabalhados, garantindo a coerência dessa tríplice composição.

INTEGRALIDADE – TERCEIRO CONCEITO AUXILIAR DA SAÚDE

É corrente entender integralidade como a característica do sistema de saúde que supera dicotomias possibilitando acesso a vários níveis de atenção, bem como a diferentes dispositivos e tecnologias assistenciais, com ações articuladas e contínuas tanto individuais quanto coletivas, tanto preventivas quanto curativas, e dispondo de um corpo multiprofissional (COSTA, 1998). De fato, são características desejáveis.

Algumas considerações já feitas neste ensaio dão indicação do que seja integralidade: o reconhecimento do processo saúde/doença como um fenômeno complexo, superando “especialismos” e hierarquias, e atuando de forma interdisciplinar; a compreensão

da produção de saúde como um processo político, mediante o reconhecimento da autonomia do paciente e da implicação ética do profissional; a porosidade ao saber dos sujeitos; a criação de vínculo, responsabilidade e continuidade; a interação com espaços exteriores ao serviço, podendo estes se constituir também em locais de cuidado e/ou espaços públicos; a ocupação de todos os pacientes e de toda a demanda que lhe é referida; o entendimento da acessibilidade como um movimento realizado por usuários e profissionais e serviços etc.

Parece-nos proveitoso tratar este conceito tal como nos propõe Mattos (2001), que ressalta sua polissemia e assume o risco de vieses na escolha dos sentidos mais relevantes que podem ser atribuídos ao termo. Assim, o autor aborda os usos da noção de integralidade no que tange à “boa medicina”, à “organização dos serviços e das práticas de saúde” e às “configurações de políticas específicas”. Dos vários sentidos postos em evidência pelo autor, importa-nos resgatar alguns.

O primeiro deles refere-se à crítica à formação dos profissionais de saúde com ênfase nos especialismos biológicos, criando uma zona de nebulosidade em torno das questões psicológicas e sociais, pautando uma forma de lidar com o paciente que desqualifica a expressão de demandas não traduzíveis em termos médicos. De fato, esse sentido do termo alude a considerações já feitas. Além disso, por relacionar-se com a formação profissional,

requer a consideração de uma nova pedagogia, uma nova racionalidade na formação de profissionais de saúde, feita de sujeitos em relação, que aprendem a partir da própria realidade a desenvolver o potencial de criação, aprimorando na relação intrínseca que se estabelece entre o compreender e o construir saúde a sua prática. (SILVA; TAVARES, 2004, p. 279).

Para esses autores, adotar a integralidade na orientação da formação de profissionais de saúde resgata a “a necessidade de considerar a totalidade na análise de qualquer fenômeno em questão, exigindo uma compreensão integral do mundo e das relações sociais e políticas” (SILVA; TAVARES, 2004, p. 280).

A integralidade ainda relaciona-se às elaborações do campo da saúde coletiva no que tange ao reconhecimento das práticas de saúde enquanto práticas sociais, que agenciam saberes que extrapolam a racionalidade médico-científica. Um dos desdobramentos de tais elaborações trouxe a convicção de que “a transformação das políticas, dos serviços e das práticas de saúde parecia passar por outras coisas além da boa medicina” (MATTOS, 2001, p. 47). O entendimento da saúde como processo social implica a recusa em responder apenas ao sofrimento manifesto pelo paciente. Tal recusa encontra eco na proposta de se olhar para além da doença.

No caso da medicina, o uso de conhecimentos que permitem antecipar-se ao adoecimento mesmo sem a demanda espontânea do paciente remete à prática da integralidade. E é desejável no campo da saúde a articulação entre ações preventivas e assistenciais, sentido da integralidade cuja releitura diferenciada seria: articulação entre práticas demandadas espontaneamente e práticas não demandadas (MATTOS, 2003).

A percepção de cada uma dessas práticas pode ser compartilhada com outros olhares, o que implica, no caso da Estratégia de Saúde da Família, incluir o ACS como parte de um processo ampliado de “diagnóstico de saúde”¹¹, em contraposição ao diagnóstico da doença. O ACS pode desempenhar o papel de reconhecer no território as necessidades em saúde e construir junto com a equipe da ESF saídas, propor soluções. Esta prática, baseada na ideia de integralidade (pela via da interdisciplinaridade), poderia preencher certa lacuna no entendimento da acessibilidade.

Quando falamos em acessibilidade, geralmente mantemos o olhar sobre as demandas elaboradas e os caminhos para atendê-las. A prática da integralidade nos incita a buscar a formação de demanda através da consideração do sujeito autônomo e da oferta de cuidado com a abertura para a criação de estratégias de aces-

¹¹Referimo-nos aqui à ideia da saúde como fato social, tendo por base o modo de andar a vida dos sujeitos, portanto, diagnosticar a saúde implica (re)conhecer esse modo de andar a vida, extrapolando os limites do consultório médico.

sibilidade. “(...) A construção social da demanda em saúde é um dos nexos constituintes da integralidade em saúde” (PINHEIRO; MATTOS, 2005, p. 6).

Com isso, é preciso que os conhecimentos profissionais, as estratégias de trabalho e as propostas de tratamento sejam democratizadas, partilhadas entre estes e os pacientes, contando ainda com a participação dos conhecimentos e das estratégias dos últimos (MATTOS, 2004b). Assim, a integralidade também se aproxima da democratização e do reconhecimento da insuficiência de qualquer saber.

Essa democratização do saber não deve envolver apenas médicos e pacientes, mas também profissionais de formações distintas e outros atores do território. No âmbito dos serviços de saúde, trata-se do compartilhamento do trabalho e do conhecimento, da interseção entre distintos cargos e funções, da “horizontalização” das relações da equipe. Nesse sentido, integralidade e transdisciplinaridade se encontram redefinindo processos de trabalho baseados numa divisão que fragmenta o cuidado e o paciente definindo competências estanques e *a priori*. Bom, o fechamento desse conceito é simples: “(...) integralidade talvez só se realize quando procuramos estabelecer uma relação sujeito-sujeito (...)” (MATTOS, 2001, p. 62).

E isso não acontecerá pela boa vontade dos profissionais. Requer, sobretudo, qualificação. Necessita de um olhar diferenciado, que pode ser adquirido por qualquer trabalhador em processos de formação voltados para a emancipação do trabalho em saúde. Experiências como o curso técnico de ACS, desenvolvido pela EPSJV¹² ao longo do último ano, voltam-se justamente para esta perspectiva: visam à desalienação do trabalho para a melhoria do cuidado prestado por estes trabalhadores. Certamente não podemos

¹²Em 2009, foi finalizada a primeira etapa do Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV). A segunda etapa está em andamento desde setembro de 2009. Trata-se de uma proposta baseada nos ideais da politécnica na educação profissional, pensando a formação do ACS a partir da compreensão da educação profissional como etapa fundamental para o homem habilitar-se ao trabalho, ao mesmo tempo refletir e a intervir criticamente sobre o seu trabalho.

desconsiderar a necessidade de que o trabalho emancipado seja atributo de toda equipe, e não especificidade do ACS.

PONTO DE CHEGADA

A discussão ora realizada nos leva à percepção de que a conjugação dos elementos cuidado, acessibilidade e integralidade pode favorecer a superação da concepção de um serviço voltado para doença e indica a possibilidade de pensarmos sobre a saúde. Isto não significa, no entanto, que tenhamos que abandonar completamente a perspectiva da doença, mas trata-se de ampliarmos nossos olhares para além das manifestações orgânicas nos sujeitos. O olhar que os serviços de saúde estão habituados a ter, baseado num saber científico-instrumental, acaba gerando a fragmentação tanto dos pacientes quanto do próprio trabalho em saúde. Mas, ao contrário disso, propomos ao longo deste ensaio a necessidade da mudança de olhar por parte dos profissionais de saúde, baseados nos elementos citados. Faz parte desta mudança abrir mão de sua pretensão científica e se dispor a partilhar do seu saber, a se deixar complementar pelo saber do outro, no caso, do paciente. Como enfatiza Mattos:

O encontro entre um profissional de saúde deixa de ser visto como o encontro desigual entre alguém que sabe sobre as doenças, seus modos de prevenir e tratar e alguém que não sabe, para se tornar um encontro entre profissionais que sabem algo sobre as doenças, e pessoas que sabem algo sobre suas vidas e sobre seu sofrimento. É na tentativa de fundir esses horizontes que se produzem relações emancipatórias. (MATTOS, 2008, p. 338).

Canguilhem pode subsidiar essa reflexão a partir do entendimento de que a norma de um indivíduo só pode ser julgada enquanto normal a partir da concepção do próprio indivíduo, ou seja, “(...) a saúde está sempre relacionada à forma pela qual o indivíduo interage com os eventos da vida” (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999, p. 30). Assim: “Promover a saúde não é apenas ordenar uma sé-

rie de ações que gerem bem-estar ou evitem riscos. É também dar condições de escolha e criação aos indivíduos” (Idem, 1999, p. 30).

É na perspectiva do resgate da dimensão política da saúde que acreditamos nas potencialidades do ACS. Não estamos depositando exclusivamente no ACS a aposta na construção de relação de cuidado pautada na integralidade e acessibilidade. Ao contrário, entendemos que essas devem ser premissas de qualquer trabalhador da área da saúde. Por outro lado, é preciso reafirmar que, quando admitimos que o ACS agrega peculiaridades no seu modo de inserção no trabalho, percebemos que este profissional pode ser um importante ator promotor de mudanças e superação da lógica tradicional biomédica que hoje impera no sistema de saúde.

Nesse sentido, e com vistas ao alcance da universalidade, equidade e integralidade, e da democratização pela saúde, é necessário que a formação desses trabalhadores seja pautada por processos emancipatórios e por uma prática profissional que permita o pleno desenvolvimento de suas potencialidades. Pensar o cuidado, a acessibilidade e a integralidade no trabalho do ACS é uma forma de ratificar a importância deste profissional no atual desenvolvimento das políticas públicas de saúde e confiar na transformação do sistema de saúde com vistas à constituição de espaços públicos, promovendo consensos em torno da noção de política e modo de exercício da democracia.

REFERÊNCIAS

- ARENDDT, H. A. *Condição humana*. São Paulo: Edusp, 1981.
- BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. *Trabalho, educação e saúde*, v. 6, n. 3, p. 457-480, 2008.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. *Physis*, v. 9, n. 1, p. 13-36, 1999.

COSTA, N. R. Inovação política, distributivismo e crise: a política de saúde dos anos 80 e 90. In: COSTA, N. R. *Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social*. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 91-123.

CONH, A.; NUNES, E.; JACOBI, P. R.; KARSCHH, U. S. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1991. p. 67-94.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? *Cadernos de saúde pública*, v. 14, n. 1, p. 199-204, jan. 1998.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. de (Org.). *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: OPAS, 1997. p. 114-120.

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. Educar o trabalhador cidadão produtivo ou o ser humano emancipado? *Trabalho, educação e saúde*, v. 1, n. 1, p. 45-60, 2003.

LIMA, J. C. F.; PEREIRA, I. B. (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008.

MACHADO, F. R. de S. *Direito à saúde, integralidade e participação: um estudo sobre as relações entre sociedade e Ministério Público na experiência de Porto Alegre*. 2006. 94p. Dissertação (Mestrado - Instituto de Medicina Social), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

_____; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Direito à saúde e integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e espaços públicos e participação*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005. p. 47-64.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). In: *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set.-out. 2004b.

_____. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO,

R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2004a. p. 119-132.

_____. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS-Abrasco, 2003. p. 45-59.

_____. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Estado, sociedade e formação profissional: contribuições e desafios em 20 anos de SUS*. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008, v. 1, p. 313-352.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS-Abrasco, 2001. p. 39-64.

MINAYO, M. Saúde e doença como expressão cultural. In: AMÂNCIO FILHO, M. (Orgs.). *Saúde, trabalho e formação profissional*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O. Território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (Orgs.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 177-224.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS-Abrasco, 2001.

_____; MATTOS, R. A. de. Construção social da demanda em saúde e a integralidade: emancipação, necessidade e poder. Apresentação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/Uerj-Abrasco, 2005. p. 5-7.

_____; GUIZARDI, F. L.; MACHADO, F. R. S.; GOMES, R. da S.

Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/Uerj-Abrasco, 2005.

RAMOS, M. N. dos. Conceitos sobre trabalho. In: FONSECA, A. e STAUFFER, A. (Orgs.). *O processo histórico do trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-56.

SILVA, J. P. V. da; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. de S. Necessidade demanda e oferta: algumas contribuições para o debate para a construção da integralidade da atenção no SUS. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 27, p. 234-242, 2003.

_____; TAVARES, C. M. de M. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. *Trabalho, educação e saúde*, v. 2, n. 2, p. 271-285, 2004.

SILVA, R. V. B. da; STELET, B. P.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec-IMS-Abrasco, 2004. p. 75-90.