

POR QUE ALMEJAR A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO AO PACIENTE?

Elenice Machado da Cunha

Introdução

No início da década de 1980, a discussão sobre ‘integralidade’ já estava presente no cenário do Movimento de Reforma Sanitária, em geral, associada às tentativas de superação da dicotomia entre as ações assistenciais curativas, de caráter individual, e as ações de promoção e de prevenção, que tinham por alvo a coletividade (CARVALHO, 1993). Consequentemente, a integralidade da atenção foi registrada no texto constitucional como uma das diretrizes para a instituição do novo sistema público de saúde.

Ao longo das duas décadas de existência do SUS, a integralidade tem sido objeto de estudo e está inclusa nas propostas de mudança de modelo assistencial, em especial quando dirigidas à estruturação da Atenção Primária. Independente da interpretação para o termo, autores chamam atenção para sua importância na organização do sistema e dos serviços de saúde. Em contrapartida, a relevância da integralidade para o paciente nem sempre é debatida. Então, a fim de contribuir com a discussão, o presente artigo trata da seguinte questão: Por que a integralidade é importante para o paciente?

Dado que a compreensão do termo não é consenso na literatura nacional, optou-se pela definição de integralidade desenhada por Giovanella e colaboradores (2002), que, para fins de avaliação no âmbito municipal, identificou quatro dimensões para essa diretriz no contexto do SUS: primazia das ações de promoção; garantia da atenção nos três níveis de complexidade; articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação; e abordagem integral dos indivíduos e das famílias. Embora a definição adotada englobe aspectos coletivos e individuais da atenção, o foco da análise são os benefícios para o indivíduo como alvo das práticas de saúde.

A discussão que contempla as quatro dimensões já citadas está baseada, mas não restrita, no âmbito da Atenção Primária (AP) no contexto da implementação de novas propostas de modelos assistenciais. Este direcionamento justifica-se na medida em que a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser o local de referência para o atendimento da maioria das necessidades em saúde que dependem dos serviços de saúde. Aos profissionais da equipe de AP cabe o estabelecimento do vínculo longitudinal com o paciente e a participação na coordenação do cuidado, mesmo quando houver encaminhamento para níveis assistenciais de maior densidade tecnológica (CUNHA & GIOVANELLA, 2009).

As Dimensões da Integralidade e a Atenção à Saúde dos Indivíduos

As dimensões da integralidade identificadas por Giovanella e colaboradores referem-se a diferentes campos de atuação. A primeira, 'primazia das ações de promoção e prevenção', encontra-se no escopo das políticas de governo, e diz respeito à intervenção sobre os fatores determinantes do processo de adoecimento através de ações intersetoriais (GIOVANELLA et al., 2002).

Embora o atendimento dessa dimensão não esteja no âmbito da prática assistencial (Figura 1), são os profissionais de saúde que, muitas vezes, têm a possibilidade de indicar fatores que favorecem a ocorrência de agravos nos territórios onde atuam e de explicitar as possíveis relações causa/efeito desses agravos. Presume-se que para o exercício de tal atividade os profissionais de AP sejam observadores atentos dos agravos incidentes e das características do território. O referencial para essa atuação no interior dos serviços de saúde é o da Vigilância da Saúde, que vem sendo desenvolvido desde a década de 1980 (TEIXEIRA & SOLA, 2005) e está contemplado nas propostas de modelos assistenciais atualmente em voga no SUS, principalmente na Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006).

A relevância de atender a essa dimensão da integralidade reside no fato de que a promoção de ambientes saudáveis e adequados às características das populações locais contribui para minimizar riscos e para a redução da ocorrência de determinadas morbidades, trazendo impactos positivos para a qualidade de vida (RUMEL et al., 2005). O não adoecer é sempre mais vantajoso do que o adoecer e o tratar, tanto para os serviços quanto para os indivíduos.

No âmbito dos serviços de saúde, as estratégias para a apreensão da situação de saúde e para a delimitação dos problemas, que tem o potencial para subsidiar a eleição e o desenho de ações intersetoriais que envolvem o setor saúde não são novidades. Ferramentas como a elaboração de diagnósticos de saúde, mapas de riscos, além do Plano Municipal de Saúde, já estão previstos em documentos regulatórios do SUS, e são quesitos exigidos no âmbito da gestão do sistema. Contudo, a participação de profissionais de saúde em fóruns técnicos e políticos destinados a discutir e a planejar ações intersetoriais ainda não estão consolidadas no âmbito do SUS, o que dificulta o atendimento da referida dimensão e compromete os possíveis benefícios.

A segunda dimensão, 'garantia da atenção nos três níveis de complexidade', diz respeito ao acesso aos procedimentos de maior complexidade quando necessário, que deve ser assegurado por mecanismos gerenciais que, muitas vezes, envolvem pactos intermunicipais. Trata-se da integração e articulação entre os serviços. Logo, o atendimento de tal dimensão encontra-se no âmbito da gestão do sistema de saúde municipal, que deve responsabilizar-se pela estruturação da rede e pela articulação dos serviços, dada as implicações para a prática assistencial.

A preocupação com a articulação da rede de serviços assistenciais já estava presente nos fóruns que se propunham a desenhar a proposta de estruturação do novo sistema de saúde. Inicialmente, no âmbito macro-organizacional, o desenho proposto era no formato de uma pirâmide, onde as unidades básicas, representativas da porta de entrada, ocupariam a base; os ambulatorios especializados, a parte intermediária; e os hospitais de maior complexidade, o vértice (MENDES, 2002).

Essa estrutura organizacional foi questionada pela concepção de complexidade crescente das unidades e os supostos níveis hierárquicos das mesmas, que poderia gerar, dentre outros aspectos, dificuldades de comunicação entre as unidades e banalização dos serviços de AP (MENDES, 2002). A proposta alternativa seria uma rede horizontal no formato de círculo, onde a Atenção Primária ocuparia o centro do sistema de saúde (CECÍLIO, 1997). Nesse desenho, os profissionais da AP coordenariam o cuidado. Mecanismos como centrais de regulação de procedimentos especializados e de interações foram pensados para viabilizar a articulação da rede.

O atendimento dessa dimensão da integralidade traz como benefício para o paciente, além da garantia do acesso aos procedimentos de maior custo e complexidade tecnológica, a sensação de amparo institucional para as necessidades de saúde em um momento em que pode prevalecer a fragilidade física e psicológica, além de possíveis restrições financeiras. A responsabilização da equipe com a coordenação do cuidado impulsiona a articulação da rede de serviços e se contrapõe à concepção de unidades isoladas e autossuficientes. Passado cerca de duas décadas da institucionalização do SUS, a estruturação e a articulação da rede de serviços de saúde ainda é um desafio para a sua consolidação.

A 'articulação das ações de prevenção, de promoção e de recuperação' – terceira dimensão da integralidade – diz respeito à integração das ações no interior dos serviços de saúde, principalmente nas UBS (Figura 1). Logo, está no âmbito da gerência da unidade de saúde e relacionada à organização das equipes e ao método de trabalho das mesmas. Essa interpretação para a integralidade já estava presente na proposta das Ações Programáticas em Saúde, que tinham por objeto do cuidado os grupos prioritários e determinados agravos (SCHRAIBER, 2000); e também consta no postulado de autores que defendem a articulação das diferentes propostas de modelos assistenciais, em especial a da Vigilância da Saúde com a ESF (TEIXEIRA, 2006).

A mudança na concepção de saúde e ampliação do escopo da AP pretendidos pela instituição e pela implementação do SUS, em tese, deveria ter potencializado essa articulação, trazendo como benefício o esclarecimento com relação aos possíveis fatores que incidem na ocorrência de determinados agravos e à possibilidade de intervir em diferentes fases do processo patológico, inclusive antes da ocorrência do estado mórbido.

Embora a integralidade da atenção contemple quatro dimensões, pertencentes a diferentes âmbitos de intervenção (Figura 1), é no espaço da

prática assistencial, no contato do profissional de saúde com o paciente e na utilização do serviço de saúde que essa diretriz se efetiva. Assim, a quarta dimensão, 'abordagem integral dos indivíduos e das famílias', que está no campo da atenção individual, mas que sofre implicações das outras dimensões, merece maior dedicação.

Para discutir essa dimensão, é oportuno explicitar os possíveis determinantes da busca e da utilização dos serviços de saúde. Nesse sentido, Hulka e Wheat (1985) afirmam que os motivos que levam os pacientes a procurarem um serviço de saúde são os seguintes: percepção/necessidade de saúde, os recursos disponíveis e as características demográficas do paciente. Para os cuidados preventivos, os dois últimos fatores assumiriam maior importância. Já para os serviços assistenciais de tratamento e reabilitação, o primeiro fator seria o principal indutor.

A percepção por parte do paciente do seu estado de saúde influencia na decisão de procurar o serviço. Mas muitas vezes é a avaliação do profissional que vai possibilitar o prosseguimento do tratamento e o tipo do mesmo no interior do sistema de saúde. Assim, o uso do serviço só prossegue quando há sinergia das percepções do profissional e do paciente. Em contrapartida, a interpretação da demanda do paciente por parte do profissional estará condicionada pelo aporte de conhecimentos adquiridos no decorrer da sua formação e da sua atuação profissional e pelas diretrizes adotadas pelos serviços para a atenção ao paciente.

Com relação à formação profissional de saúde, há consenso na literatura de que esta se encontra fortemente influenciada pelo modelo biomédico, que, por sua vez, guarda relação com as orientações do relatório elaborado por Abraham Flexner em 1910, sobre a educação médica nos Estados Unidos. Este relatório sugeria que a atenção à saúde tivesse por diretrizes a centralidade no profissional médico e nas ações curativas, com atuação preferencialmente em hospitais; ênfase na pesquisa; estímulo à especialização e valorização do avanço tecnológico (MENDES, 2002).

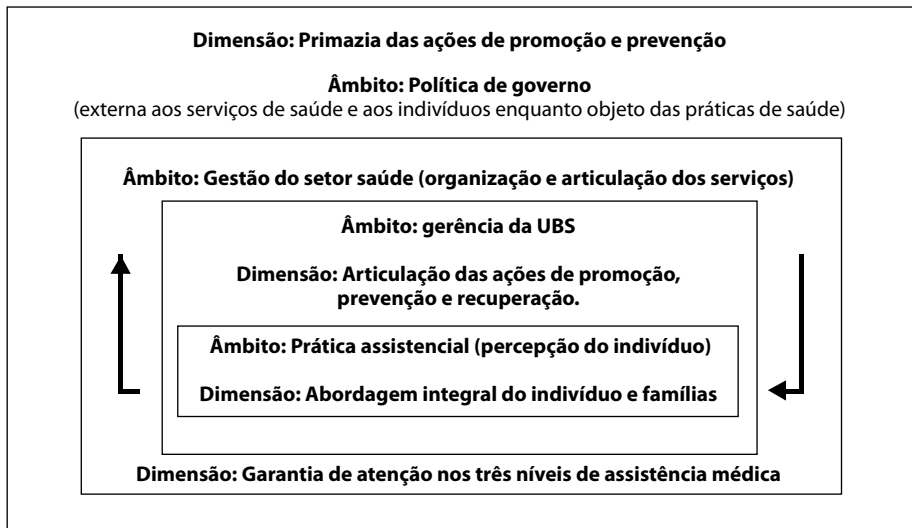
Embora as orientações do *Relatório Flexner* tenham favorecido alguns avanços no âmbito da saúde, também trouxe implicações para a atenção, como a valorização excessiva da dimensão biológica como condicionante do processo de adoecimento e como alvo do tratamento do indivíduo. No modelo biomédico, fatores sociais e psicológicos se encontram subestimados, o que compromete a percepção do indivíduo em sua totalidade e complexidade. Por sua vez, o paciente também se encontra influenciado pelos aspectos do modelo biomédico, o que interfere tanto na percepção do seu estado de saúde quanto na expectativa de terapêutica, geralmente expressa no desejo de consumo de tecnologias, na forma de exames e/ou de medicamentos.

A abordagem integral dos indivíduos pressupõe o reconhecimento da complexidade do paciente em seus aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Assim, o objeto do cuidado deve ser a pessoa, e não a patologia;

e a demanda por serviço de saúde precisa ser interpretada, tomando-se por base diálogo com o paciente e algumas vezes com outros profissionais e familiares, mas sempre buscando estimular a compreensão, a autonomia e a corresponsabilidade do paciente.

Assim, para atender a essa dimensão da integralidade, talvez seja preciso investir em capacitação profissional, mas também apostar no diálogo com o paciente para ajudá-lo na compreensão do processo de adoecimento e das formas de tratamento. Desse modo, os postulados de Merhy e Franco (2003) sugerem maior valorização e utilização das tecnologias leves (das relações) e postura crítica com relação ao predomínio das 'tecnologias duras' (instrumental e produtora de procedimentos) e leve-duras (saber estruturado) na produção do cuidado, por gerarem atos prescritivos rígidos, pouco flexíveis em relação às particularidades de cada paciente.

Figura 1 - As dimensões da integralidade



Considerações Finais: as dimensões da integralidade e as propostas estruturantes das práticas de saúde

A integralidade em suas quatro dimensões se encontra em diferentes âmbitos de intervenção, permitindo o emprego de diferentes nomenclaturas, mas que guardam relação e um certo grau de dependência. A literatura brasileira sobre a organização dos serviços de saúde já contempla essas dimensões.

A primeira, que trata da necessidade da integração das políticas e ações governamentais, está contemplada no referencial sobre o movimento das

idades saudáveis (AKERMAN, 2002). Quanto à segunda e à terceira dimensão, que tratam da integração da rede de serviços assistenciais e da articulação das ações de promoção, prevenção e de reabilitação, respectivamente, tem sido amplamente discutida desde o prev-saúde, sendo incorporada no referencial sobre o modelo Vigilância da Saúde e nas outras propostas vigentes (TEIXEIRA, 2006). Já a integralidade do indivíduo é mais debatida na proposta de Modelo em Defesa da Vida/Acolhimento (MERHY & FRANCO, 2003).

Observando as quatro dimensões da integralidade, podemos considerar que a percepção do indivíduo em sua totalidade e necessidades de saúde, tendo por base os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, pode ocupar o espaço central da temática. É a integralidade da atenção que deve subsidiar e impulsionar as outras dimensões da integralidade. Mas, para dar conta dessa função, faz-se necessário que recursos humanos estejam capacitados na lógica da integralidade do indivíduo e das ações, ao passo que a gestão deve se ocupar da integração da rede de serviços e políticas.

Gestores devem promover a diretriz da integralidade porque interfere na qualidade de vida e na resolutividade do sistema de saúde. Mas, para o paciente, a integralidade é importante porque favorece que este tenha uma melhor percepção do seu processo de adoecimento e do que necessita para o seu restabelecimento.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M. et al. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável” *Rev. Saúde Pública*, vol. 36, n. 5, p. 638-46, 2002.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, 2006.

CARVALHO, M. R. Modelos assistenciais de unidades básicas de saúde e o conceito de integralidade. In: BODSTEIN, R. C. A. *Serviços locais de saúde: construção de atores*

e políticas. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 13, n. 3 p. 469-478, 1997.

CUNHA, E. M. & GIOVANELLA L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* (periódico na In-

ternet) março de 2009 Acesso em: março de 2009. Disponível em: www.cienciaesaudecoletiva.com.br

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas Municipais de Saúde e a diretriz da Integralidade da Atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, vol. 26 n. 60, p. 37-61, jan./abr 2002

HULKA, B. S., WHEAT, J. R. Patters of utilization: the patient perspective. *Medical Care*; n. 23, p. 438-460,1985.

MENDES, E. V. *A Atenção Primária no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, E. E. & FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudança para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde em Debate*, vol. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

RUMEL, D. et al. Cidade Saudável: relato de experiência na coleta e

disseminação da informação sobre determinantes de saúde. *Saúde e Sociedade*, vol. 14, n. 3, p. 134-143, 2005.

SCHRAIBER, L. B. & MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. & MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica São Paulo*: Hucitec, 2000. (Saúde em Debate, 96: Série Didática, 3).

TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: TEIXEIRA, C. F. T., SOLLA, J. P. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: Edufba, 2006.

TEIXEIRA, C. & SOLA, J. Modelo de Atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafio e perspectivas. In: LIMA, N. S., GERSHMAN, S. et al. *Saúde e Democracia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.