

A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área¹

Comprehensiveness in health care: a rescue of part of scientific production in the area

Integralidad del cuidado en salud: un rescate de parte de la producción científica del area

Leandro Barbosa de Pinho^I, Luciane Prado Kantorski^{II}, Toyoko Saeki^{III}, Maria de Lourdes Custódio Duarte^{IV}, Jacqueline de Sousa^V

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo conhecer diferentes concepções trazidas em parte da literatura da área da saúde acerca do conceito de integralidade, que vem fundamentando o saber e o fazer no contexto de cuidados à saúde coletiva. Para tanto, tomamos como referência um recorte da literatura no período de 1990 a 2006. Evidenciamos 04 eixos de discussão, sendo eles: integralidade e suas concepções teórico-filosóficas, análise/avaliação da integralidade na saúde coletiva, a integralidade como princípio norteador de saberes e práticas no cuidado em saúde e a formação profissional na perspectiva do atendimento integral. Verificamos que a abordagem teórica dos estudos acerca da integralidade não se reduz apenas à atenção em saúde nos diferentes níveis de complexidade, mas tem propiciado a construção de novos saberes e práticas considerando a dimensão tecno-estrutural dos serviços de saúde, das relações interpessoais e dos processos de trabalho.

Palavras chave: Enfermagem em Saúde Pública; Promoção da Saúde; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

This work has for objective to know different conceptions brought in part of the literature of the area concerning the comprehensiveness concept, that comes basing knowing and making in the context of cares to the collective health. For in such a way, we take as reference a clipping of literature in the period of 1990 the 2006. We evidence 04 axles of quarrel, being they: theoretician-philosophical, analysis/evaluation of the comprehensiveness in the collective health, the comprehensiveness as orientate principle to know and practical comprehensiveness and its conceptions in the care in health and the professional formation in the perspective of the integral attendance. We verify that the theoretical boarding of the

studies concerning the comprehensiveness is not only to the attention in health in the different levels of complexity, but has propitiated the construction of new knowing and practical considering the techno-structural dimension of the services of health, the interpersonal relations and the processes of work.

Key words: Nursing in Public Health; Health Promotion; Health Services.

RESUMEN

Este trabajo pretende conocer diferentes concepciones traídas en parte de la literatura del area sobre el concepto de integralidad, que ha sido norteador del saber y del hacer en el contexto de cuidados en salud colectiva. Tomamos como referencia un recorte de la literatura en el periodo de 1990 a 2006. Verificamos 04 temáticas de discusión: integralidad y sus concepciones teórico-filosóficas, análisis/evaluación de la integralidad en la salud colectiva, la integralidad como principio norteador de conocimientos y haceres en el cuidado en salud y la formación profesional en la perspectiva de la atención integral. Verificamos que el abordaje teórica de los estudios no se reducen sólo en la atención en salud en los diferentes

¹ Trabalho apresentado para a disciplina "saberes e práticas em saúde mental", oferecida pelo programa de pós-graduação em enfermagem psiquiátrica da EERP/USP.

^I Enfermeiro. Professor Assistente da Universidade Federal de Mato Grosso – ICLMA/DCBS/UFMT. Mestre em Enfermagem pela UFSC. Doutorando em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP-USP. E-mail: lbpinho@uol.com.br.

^{II} Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL. Doutora em Enfermagem. Orientadora. E-mail: kantorski@uol.com.br

^{III} Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP-USP. Doutora em Enfermagem. E-mail: maryto@eerp.usp.br

^{IV} Enfermeira. Mestranda em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP-USP. E-mail: malulcd@yahoo.com.br

^V Enfermeira. Mestranda em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP-USP.

construcción de nuevos conocimientos y niveles de complejidad, ya que propician la prácticas considerando la dimensión tecno-estructural de los servicios de salud, de las relaciones

interpersonales y de los procesos de trabajo.

Palabras clave: Enfermería de Salud Pública; Promoción de Salud; Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

O campo da saúde no Brasil obteve um significativo avanço a partir da década de 70. Nesse período, o movimento de Reforma Sanitária introduziu uma nova consciência social com relação ao saber e ao fazer em saúde. Contando com a participação de diversas esferas cíveis, jurídicas e políticas, o referido movimento procurou problematizar a reestruturação da atenção em saúde, com ênfase na descentralização das ações, para que a população mais carente de cuidados pudesse ser assistida em seu território, nos diversos níveis de complexidade ⁽¹⁾.

A Constituição de 1988 transformou-se no marco teórico que consolidou a nova consciência social de promoção de saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este também se tornou a maior conquista do movimento sanitário brasileiro, além de caracterizar o surgimento de uma nova relação entre o Estado e a Sociedade Civil em prol da construção do acesso pleno aos serviços, independente do fator econômico ou político, buscando-se garantir um novo padrão de cidadania social ⁽²⁾.

Nessa perspectiva, a integralidade é entendida como uma das diretrizes do SUS que preconiza o acesso da população ao sistema nos diversos níveis de atenção, seja ele primário, secundário ou terciário, preventivo ou curativo, técnico ou político. Por isso, a integralidade vem subsidiando outras discussões de maior amplitude, já que o

conceito constitucional não tem dado conta de explicar a magnitude e a complexidade das dimensões estruturais, políticas, subjetivas e técnicas que estão envolvidas nos saberes e nas práticas integrais em saúde no contexto brasileiro.

A integralidade da saúde pode assumir diferentes sentidos: primeiro relacionado à busca do profissional e do serviço, em compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde, que um usuário apresenta; segundo relacionados à organização dos serviços e práticas de saúde, voltado à articulação entre assistência e práticas de saúde pública, tendo na disciplina de epidemiologia o apoio para apreender necessidades de saúde da população; e terceiro relativo à definição de políticas, representando respostas governamentais a problemas de saúde específicos ⁽³⁾.

No âmbito da saúde coletiva, a integralidade compreende uma pluralidade de ação que não se restringe apenas à sua concepção clássica de acessibilidade, já que não a totaliza. Consideramos que um atendimento integral vai além da formulação de um planejamento terapêutico, mas contempla também a regulação das políticas públicas do setor, a reorientação das relações entre o Estado e a Sociedade e o olhar para o sujeito-usuário dentro de uma lógica de atendimento que considere o cuidado nas mais diversas dimensões do ser humano.

Este trabalho tem por objetivo conhecer

as diferentes concepções do conceito de integralidade apresentadas na literatura que vem fundamentando o saber e o fazer no contexto de cuidados à saúde coletiva.

METODOLOGIA

Pesquisa realizada por meio de levantamento da literatura publicada na forma de periódicos no período de 1991 a 2006, disponível na base de dados LILACS, utilizando o descritor "Integralidade". A justificativa desse recorte temporal foi baseada em função de que a integralidade já vem sendo discutida desde 1984-1986 no contexto das AIS (Ações Integradas de Saúde), mas vem sendo destacada como prioridade nas últimas 2 décadas, quando se constitui o SUS e se iniciam os movimentos de consolidação deste.

A pesquisa resultou na identificação de 214 documentos que faziam referência ao termo "integralidade", para os quais realizamos um refinamento da pesquisa, onde buscamos aquelas referências disponibilizadas

integralmente na rede e dentro do período compreendido, resultando num total de 30 artigos.

Das referências localizadas, buscamos, na leitura minuciosa dos resumos, a compatibilidade do tema "integralidade" ao mencionado no objetivo deste estudo. Nessa pesquisa, selecionamos 15 (quinze) artigos para discussão.

Após a seleção, todos eles foram lidos na íntegra e o re-agrupamento dos mesmos resultou na criação de 04 (quatro) eixos de discussão, sendo eles: a integralidade e suas concepções teórico-filosóficas, análise/avaliação da integralidade na saúde coletiva, a integralidade como princípio norteador de saberes e práticas no cuidado em saúde e a formação profissional na perspectiva integral. A Tabela 01 sintetiza a disposição dos artigos analisados.

Tabela 01: Número de artigos identificados na pesquisa de acordo com o eixo de discussão.

EIXO DE DISCUSSÃO	NÚMERO DE ARTIGOS
Integralidade e suas concepções teórico-filosóficas	04
Análise/ Avaliação da integralidade na saúde coletiva	06
A integralidade como princípio norteador de saberes e práticas no cuidado em saúde	03
A formação profissional na perspectiva do atendimento integral	02

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Integralidade e suas concepções teórico-filosóficas

Dentre todos os artigos selecionados, 04 (quatro) se dedicaram ao tema "integralidade e

suas concepções teórico-filosóficas", abordando basicamente a integralidade como premissa da humanização no cuidado e suas repercussões no âmbito do atendimento nos serviços de saúde.

Discutimos, no primeiro estudo, a

participação do Programa de Saúde da Família (PSF) como proposta de consolidação dos princípios do SUS de descentralização, universalização e integralidade no cuidado em saúde, ressaltando a complexidade da referida consolidação caso se leve em conta o contexto econômico, social e político que envolve as famílias atendidas dentro da visão territorializada. A Estratégia da Saúde da Família tem como instrumentos potencializadores da integralidade das ações em saúde o acolhimento e o vínculo com as equipes. O acolhimento possibilita a personalização do atendimento, além da concretização, na prática cotidiana, de um cuidado que vise a superar o monopólio tecnicista e que integre a "voz do outro" no sentido de que se vá além da simples construção do vínculo/responsabilização. Nessa perspectiva é destacada a importância do profissional rever o enfoque dado ao diagnóstico das necessidades do outro, que levam à fragmentação dos saberes em saúde. Aqui o usuário deve ser visto como sujeito de sua própria história, o que pode ajudar na redistribuição dos poderes dentro de uma lógica da democratização do conhecimento e da participação popular no contexto social de promoção de cuidado e saúde ⁽⁴⁾.

O segundo estudo resgata uma discussão teórico-filosófica sobre a humanização das práticas de cuidado em saúde, no sentido de possibilitar a maior integralidade, efetividade e acessibilidade aos serviços e profissionais da área. Utiliza a hermenêutica para discutir o duplo sentido discursivo no saber e no fazer saúde com base na compreensão e interpretação dos significados e da redefinição normativa dos saberes e das práticas de

humanização e cuidado em saúde. A integralidade, na perspectiva filosófico-hermenêutica, pode ser traduzida como a construção de uma livre manifestação dos diversos sujeitos no contexto de organização dos saberes e dos fazeres, que permitam a compreensão mútua acerca da amplitude da referida construção, mediada pela participação, pela relação dialógica e pela consensualidade do simbólico atribuído, dos valores construídos e das verdades defendidas ⁽⁵⁾.

O terceiro apresenta uma discussão teórico-conceitual acerca da reconstrução do campo da saúde coletiva e a sua atualização face às evidências do esgotamento do paradigma científico, parcelar e fragmentado, discute alguns saberes e práticas em saúde. O texto analisa os principais elementos que constituíram, historicamente, o discurso dos diversos movimentos ideológicos, particularmente na segunda metade do século XX. Constata a emergência de um campo interdisciplinar dinâmico e renovado, como uma das muitas ferramentas de re-compreensão do conceito de "saúde" como conceito complexo e de múltiplas interpretações paradigmáticas, que perpassam as relações técnicas, políticas, sociais e pedagógicas. O reconhecimento dessa nova possibilidade de "saber-fazer" saúde pode constituir-se na transformação epistemológica da saúde coletiva, com a elevação de uma consciência sanitária e ecológica que permita preservar a saúde do sujeito, reduzir o seu sofrimento e defender a promoção da vida ⁽⁶⁾.

Por fim, o quarto estudo, faz uma reflexão sobre os signos da integralidade na prática contemporânea de promoção de saúde, caracteriza a integralidade como um objeto do

saber complexo que contempla as necessidades de ações e dos serviços de saúde, dos sujeitos e da organização das atividades profissionais. Propõe a facilitação do reconhecimento de experiências que avançam a respeito da concepção integralizadora, além de contribuir teoricamente para que mais atores sociais possam engajar-se, técnica e politicamente, na construção da integralidade como eixo norteador do saber e do fazer em saúde. Discute a integralidade como uma proposta multicêntrica que vem sendo conduzida lentamente nos estudos e na prática dos profissionais de saúde, elencada no sentido de valoração do saber do outro e do anti-reducionismo do sofrimento à doença. A construção do paradigma sustentado nas experiências intersubjetivas e totalizadoras do indivíduo tende a contribuir para o reconhecimento do sujeito como um ser existente, que possui um sofrimento e que busca, no serviço de saúde, uma resolutividade a ele ⁽⁷⁾.

A dimensão do cuidado e da integralidade apontada pelos estudos parece nascer da compreensão da natureza do ser por inteiro e de uma perspectiva de redimensionamento dos serviços para sustentar a saúde como uma proposta a ser construída na relação intersubjetiva, da qual fazem parte o acolhimento e o vínculo como expressões de cuidado integral à saúde. Entendemos que a concepção de integralidade e de cuidado humanizado citada nos estudos também perpassa uma caracterização fenomenológica de valoração do ser humano como um "ser-aí", presente no mundo, com um projeto de vida singular, que vê, na doença, um obstáculo à condução de sua vida e que, por isso, necessita

ser compreendido, escutado, assistido, enfim, cuidado.

Consideramos que os estudos apresentados tendem a fornecer subsídios teórico-filosóficos para a constante construção-reconstrução do sentido do cuidado no campo da saúde coletiva a partir da contemplação das vicissitudes e necessidades mediatas/imediatas dos sujeitos. Também focalizam para o micro-espaço dos serviços de saúde, como cenário do avanço proposital da transformação paradigmática e tecno-política que envolve a promoção do atendimento na visão integral, incluindo neste a dimensão relacional e intersubjetiva do ser humano.

Análise/avaliação da integralidade na saúde coletiva

O segundo eixo de discussão faz referência à "análise/avaliação da integralidade na saúde coletiva". Para esta categoria, encontramos 06 (seis) artigos que abordam a avaliação como dispositivo teórico-metodológico para analisar a complexidade das políticas públicas e as repercussões no âmbito da saúde coletiva.

No primeiro caso, temos a avaliação da implantação da atenção à saúde da criança em dois municípios do Estado de Pernambuco em 03 (três) unidades do Programa de Saúde da Família (PSF). A aplicação dessa metodologia evidenciou que a variação no grau de implantação apresentou como fatores determinantes as deficiências no manejo dos casos e a potencialidade da atenção prestada pelos profissionais de enfermagem. No entanto, constatou-se que, embora haja satisfação profissional e dos usuários para as unidades do PSF, ainda existem problemas com

relação às deficiências no acesso e na integralidade entre a atenção primária e os demais níveis de atenção ⁽⁸⁾.

Outra situação diz respeito à avaliação das políticas da atenção primária, a partir da análise do caso de implantação do PSF em Florianópolis. Notou-se que a implantação do PSF no município foi relativamente lenta se comparada a outros municípios no contexto brasileiro, mas com a vantagem de que o PSF tem evoluído como política de reorientação do modelo assistencial, principalmente por meio dos agentes comunitários de saúde (ACS). Na análise, foi identificado que os ACS são responsáveis pelos efeitos positivos na integralidade em função das visitas e do acompanhamento aos grupos prioritários. Constatou-se também que as medidas preventivas e curativas existem no modelo e não parece estar dissociadas da real proposta do PSF como estratégia de intervenção para oferecer a referida integralidade. No entanto, a avaliação evidenciou os problemas no acesso, decorrentes do quantitativo insuficiente de recursos humanos, o que pode impedir a integralidade em função da não-realização do menos complexo (prevenção, visitas) por falta de tempo dos profissionais. Assim, por mais que o PSF seja uma estratégia positiva para garantir o acesso aos diversos níveis de complexidade na saúde, o modelo ainda é cercado por um conjunto de contradições que merecem destaque e constantes interpretações ⁽⁹⁾.

Em relação aos incentivos financeiros aos programas de saúde, a avaliação também estabelece um papel substantivo para a análise do financiamento das políticas, evidenciando o regresso ou a evolução desses financiamentos.

No entanto, a política de incentivos do Ministério da Saúde tem seus problemas com relação à perspectiva da descentralização e da integralidade, já que as diretrizes para o financiamento da saúde estimulam a incorporação dos programas pelos municípios com o objetivo de lhes acrescentar receita. Isso pode impedir que os municípios definam livremente sua política de saúde, introduzindo o paradoxo da "pobreza" diante do quadro de "abundância" de recursos oferecidos ⁽¹⁰⁾.

No rol das transformações conceituais que a avaliação proporcionou, houve a possibilidade de incorporação de pensamentos filosóficos à proposta de planejamento e avaliação das ações em saúde. A hermenêutica como dispositivo teórico-metodológico, parece resgatar o papel do cuidado e da promoção de saúde na reorientação dos significados humanos, do ponto de vista formativo (e não normativo) das práticas de saúde. Defende-se que, no âmbito da avaliação, a noção de causa-efeito deva ser sempre circunstanciada, contextualizada, nunca naturalizada, já que o cuidado só pode ser apreendido num movimento circular e interpretativo. O significado do cuidado e a sua interpretação formativa e circular podem ajudar na reconstrução das práticas de cuidado a partir do sentido atribuído à promoção da saúde integral e não parcelar ⁽¹¹⁾.

No caso da avaliação como metodologia para entender a historicidade das práticas em saúde, é possível compreender a evolução dos sistemas de saúde no Brasil e dos modelos tecnoassistenciais adotados nos diferentes contextos. Destaca-se o SUS como um processo em construção dentro de uma lógica de reforma do sistema de saúde, sendo um

avanço do ponto de vista da democratização da saúde e do direito ao acesso universal aos serviços. Entretanto, considera-se que o maior desafio no contexto do SUS seja propiciar atendimento universal e integral em um contexto imerso em contradições, como as freqüentes tentativas de privatização da rede pública, o crescimento do setor privado e da idéia de atenção básica como um “pacote” mínimo de ações em saúde para os segmentos mais pobres da sociedade ⁽¹²⁾.

No último caso, temos a integralidade como um eixo prioritário da investigação e avaliação dos serviços e sistemas de saúde, contemplando as dimensões técnicas, clínicas, normativas e sistêmicas do saber e do fazer em saúde. No Brasil, a implantação de serviços de saúde mental, saúde do idoso e saúde reprodutiva ainda são incipientes, o que torna a integralidade um desafio a ser considerado, além de um fenômeno complexo, já que a formação de uma rede “extra-muros” depende da regulação política da mesma e das propostas de inovação/integração dos serviços. Destaca-se que uma análise de implementação pode identificar os diferentes caminhos e estratégias técnicas, políticas e institucionais para que essa integração ocorra em sua plenitude ⁽¹³⁾.

Observamos que a complexidade dos diversos olhares que possibilitaram a transformação dos saberes e das práticas em saúde exigiu, da mesma forma, a adoção de diferentes abordagens teórico-metodológicas que pudessem dar conta de analisar o contexto em que ocorrem esses saberes e práticas. A avaliação de serviços e programas, por exemplo, tem produzido efeitos importantes para a reflexão sobre o impacto, a

implementação e, inclusive, a eficácia das políticas públicas prestadas aos diversos segmentos populacionais, considerando as diversidades sociais, culturais e políticas do país. Como se pôde notar nos estudos supracitados, a avaliação parece transparecer-se como um novo paradigma no âmbito da pesquisa científica, como também uma referência para apontar as fragilidades, potencialidades e limitações das políticas regionais e da gestão dos serviços de saúde. Assim, a avaliação, além de ser capaz de promover a constante produção-reprodução do conhecimento científico, pode ajudar também na transformação qualitativa e quantitativa dos micro e macro-espacos onde ocorre a efetiva promoção de saúde e de cuidado.

Integralidade como princípio norteador de saberes e práticas em saúde

O terceiro eixo de discussão refere-se à “integralidade como princípio norteador de saberes e práticas em saúde”, ao qual analisamos 03 (três) artigos.

O primeiro artigo analisado discutiu conceitualmente a problemática da obesidade como problema de saúde coletiva, tomando-se a filosofia como referencial para compreender as “fronteiras conceituais” de fragmentação do ser em corpo e mente e da lógica da normalidade e do patológico que ainda se mantêm na lógica de cuidados em saúde. Eleva-se o conceito de obesidade ao de complexidade, requerendo, portanto, a adoção de diferentes paradigmas para a elaboração de estratégias de intervenção integrais e totalizadoras do ser. Cita, como exemplo, a interdisciplinaridade, a ética compreensiva, o planejamento das políticas e as relações

intersubjetivas, intercaladas com a acessibilidade aos serviços de saúde por meio da valoração das necessidades dos sujeitos, da sua cultura e das suas relações com a comunidade como estratégias transformadoras e libertadoras do indivíduo em sua integralidade e unicidade ⁽¹⁴⁾.

O segundo analisou o significado da promoção do brincar no espaço da hospitalização infantil para os profissionais de saúde envolvidos na proposta de tratamento e reabilitação. Discutiu as implicações desses significados para os próprios profissionais e as repercussões disto para o modelo assistencial no hospital. Destaca que o conceito do brincar tem contemplado a ampliação do referencial biomédico hegemônico para uma concepção integral de assistência, com a re-significação da criança como ser doente, mesmo porque as diferenças profissionais possibilitam um novo olhar sobre a criança, bem como pensar nas diferentes estratégias de intervenção/promoção de saúde de uma maneira estendida, criativa e contínua. Conforme o estudo, a escolha do lúdico tem um valor simbólico de ser algo saudável, prazeroso, além de ficar vinculada a um conhecimento ampliado sobre saúde e doença, tratamento e cura, cuidado e assistência ⁽¹⁵⁾.

A reflexão sobre as práticas de educação para a saúde no contexto do Programa Saúde da Família é o tema abordado no terceiro texto analisado. O autor parte da premissa de que as políticas públicas de saúde se materializam nos serviços e nas relações estabelecidas entre os profissionais e usuários do sistema. Destaca a reorientação do modelo assistencial e os seus pressupostos, entre eles o da integralidade, bem como os desafios desta frente à

fragmentação dos saberes, das disciplinas, das práticas e das relações hegemônicas entre profissionais. Avaliou que o modelo de educação para a saúde no PSF pode ajudar na reorganização da atenção básica, bem como na renovação dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços e usuários. Para o autor, a relação dialógica é fundamental para o estabelecimento da integralidade do acesso com base na premissa de empoderamento dos usuários do serviço, contribuindo para a apreensão das necessidades dos sujeitos, assim como para a diminuição das experiências hegemônicas interpessoais ⁽¹⁶⁾.

Os estudos apresentados, apesar de semelhantes aos anteriores em termos de concepções e reflexões, sinalizam a multidimensionalidade do construto "integralidade" frente aos níveis de intervenção em saúde do SUS. As experiências teórico-práticas acerca do conceito de atendimento integral, como nos estudos sobre a obesidade e da hospitalização infantil, trazem-nos noções mais claras e sintéticas sobre a aplicabilidade técnica e a dimensão política que tem no cenário dos micro-espacos e do discurso profissional, o seu mecanismo de disseminação. Os estudos propiciam destacar a completude do sentido teórico do atendimento integral, redimensionando-o para os terrenos práticos de assistência, cuidado e intervenção.

A formação profissional na perspectiva do atendimento integral

O último eixo de análise que apresentamos abordou "a formação profissional na perspectiva do atendimento integral", sendo destaque, aqui, 02 (dois) estudos que trazem

indicadores da relação entre ensino, assistência e pesquisa em saúde.

O primeiro estudo discorre sobre as implicações políticas da reforma sanitária para a formação profissional da equipe de saúde, salientando que a formação acadêmica, no âmbito do SUS, era uma das áreas menos problematizadas. Aponta a integralidade como eixo norteador da necessidade de mudança na formação profissional, assim como um conceito que redefine as relações entre Estado e Sociedade Civil. As referidas necessidades, conforme o autor, estas partem do princípio da necessidade de mudança decorrente da organização social, das relações entre a academia e os serviços de saúde e das novas modalidades de organização do mundo do trabalho que estão intrincadas nessa rede. Nesse sentido, é possível a formulação de uma política pública específica para a formação profissional, tendo em vista que a articulação entre a formação e o serviço de saúde deve perscrutar o conceito, as diretrizes, os princípios do SUS e as diretrizes curriculares nacionais para a grande área da saúde, considerando os paradigmas da interdisciplinaridade e da problematização como cenários dessa interlocução de saberes e práticas ⁽¹⁷⁾.

No caso do segundo estudo, foi analisada a abordagem de conteúdos de resíduos sólidos de serviços de saúde na formação acadêmica dos diferentes cursos de graduação na área da saúde. A partir da análise documental e a entrevista aplicada aos coordenadores de cursos e aos acadêmicos de graduação, o autor identificou que o olhar construído acerca da proposta de integralidade das ações perpassa a postura ética, humanista e de responsabilidade

social para com a segurança e sistematização dos resíduos produzidos nos serviços. Entretanto, a formação acadêmica pautada nessas premissas ainda não vem contemplando os diferentes olhares de promoção da saúde na direção desta integralidade, já que ainda é incipiente a discussão sobre a educação ambiental. Segundo o autor, mais do que um "modo de fazer", a educação ambiental deve ser visualizada como um "modo de problematizar", a fim da formação de sujeitos críticos, reflexivos e multiplicadores de uma consciência cidadã e responsável para promover saúde e vida nas suas diversas dimensões ⁽¹⁸⁾.

Percebemos que a abordagem dos estudos apresentados, ainda que se trate de um recorte e não caracterizem a totalidade do conhecimento específico sobre a formação profissional, trazem à tona a discussão do papel da educação na gênese técnica e institucional dos sujeitos para a integralidade das ações. Também fazem inferências às reformas administrativas necessárias para a redefinição das relações entre o Estado e a Sociedade Civil e das estratégias de formação acadêmico-profissional centradas na interdisciplinaridade e na multidimensionalidade da promoção da saúde nos espaços públicos de assistência.

O setor público possui uma longa tradição em reformas administrativas desencadeadas, geralmente, no início de uma nova gestão política, como possibilidade de prover adequação da máquina pública aos planos de governo. As referidas reformas parecem marcar um processo de remodelamento sucessivo do Estado, tendo sido implementadas na Era Vargas, nos anos 30, e continuando

inclusive no período da ditadura militar, para re-alinhar as estruturas administrativas para o exercício do poder centralizado e organizador dos interesses da sociedade ⁽¹⁹⁾.

As reformas do Estado Brasileiro e o modelo de administração pública, atualmente gerencial, tiveram implicações no âmbito da saúde, por introduzirem modificações substantivas nas relações entre contratação, prestação de serviços, planos de carreiras e formação profissional. No entanto, as diferentes abordagens de reforma administrativa, incluindo-se aqui a saúde, envolvem múltiplas instâncias, que, na maioria das vezes, não possuem uma articulação bem definida e freqüentemente acompanhada ⁽¹⁹⁾.

Um dos recentes avanços para promover essa articulação entre os poderes está na Portaria Interministerial 2.101 de 03/11/2005 ⁽²⁰⁾, que institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), para os cursos de Odontologia, Medicina e Enfermagem. A referida portaria, baseada na necessidade encontrada da formação específica de recursos humanos para a operacionalização das diretrizes do SUS, tem por objetivos:

1. A reorientação dos conteúdos do ensino de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia, para que respondam às necessidades específicas da população e do SUS como sistema de saúde da maioria dela;
2. O estabelecimento de parcerias entre gestores do SUS e das escolas formadoras desses profissionais, objetivando a

integração da rede, a educação continuada vinculada aos serviços e a melhoria da qualidade e resolutividade da atenção;

3. A incorporação de conteúdos relativos à abordagem integral do processo de saúde-doença e as múltiplas visões sobre o contexto de promoção da saúde;
4. A ampliação da duração da prática educacional na rede básica de saúde do SUS.

A referida articulação política entre os poderes, como no caso do Programa Pró-Saúde, e a consequência positiva dessa articulação, traz a questão da interdisciplinaridade como uma necessidade de interlocução de saberes e de práticas para garantir a complementaridade das ações em saúde e a promoção da vida nas diversas dimensões. Nesse sentido, consideramos que a constituição de uma política intersetorial para a formação em saúde seja um avanço na consideração da integralidade como um princípio norteador da atenção nos diversos níveis de complexidade e de especificidades técnicas, teóricas e instrumentais, além da problematização como fonte de produção do conhecimento e de práticas totalizadoras das dimensões tecno-estruturais dos serviços e dos programas de saúde diante da evolução dos processos de trabalho e da organização coletiva das categorias profissionais.

Como se pôde notar, a abordagem teórica dos estudos acerca do conceito de integralidade não se reduz apenas à atenção em saúde nos diferentes níveis de complexidade, mas amplia as possibilidades de

olhares para o assunto tendo por base à humanização, a problematização, a interlocução de saberes e práticas e as relações dialógicas e interprofissionais como eixos de construção da saúde como princípio e diretriz constitucional. Também é possível observá-la como possibilidade de olhar para a reorganização dos serviços e dos processos de trabalho, para a constituição de políticas públicas voltadas à complexidade da saúde e no resgate do valor do sujeito e de seus significados sobre a experiência do adoecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo de revisão procuramos apreender alguns dos diferentes olhares construídos acerca do conceito de integralidade no contexto brasileiro. Verificamos que as abordagens citadas nos referidos estudos tem propiciado a construção de novos saberes e práticas considerando a complexidade da dimensão tecno-estrutural dos serviços de saúde e dos processos de trabalho. No entanto, observamos que áreas como a saúde mental e a saúde do idoso ainda carecem de estudos mais aprofundados sobre a integralidade, tomando-se como referência o atendimento ao sofrimento psíquico e aos problemas de saúde advindos do envelhecimento.

Destacamos que a integralidade, nos estudos apresentados, configura-se como uma dimensão teórico-prática do saber em saúde coletiva, indo desde a dimensão mais macro-estrutural – que discute as políticas loco-regionais – até a dimensão mais subjetiva do sujeito que é atendido nos serviços de saúde. Nesse sentido, a integralidade, como conhecimento e fazer em saúde vem ao

encontro do respeito às singularidades, complexidades, momentos, espaços e limites pessoais-interpessoais. O conceito de integralidade parece se deslocar cotidianamente do terreno prático da assistência para o terreno do conhecimento científico e vice-versa, numa dialética que permite pensá-la como conhecimento (como nos estudos avaliativos), como fazer (como nos estudos sobre a obesidade e a hospitalização infantil) e como política (como no caso dos estudos sobre o PSF).

Sinalizamos que este trabalho não se constitui em um esgotamento do tema, já que se trata de um recorte acerca de um assunto de notória amplitude. Contudo, pode fornecer subsídios para o delineamento de outras investigações, para compreender o objeto da integralidade e de suas relações com os saberes e as práticas estabelecidas em um campo tão complexo como é o da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Silva Júnior AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo (SP): Hucitec; 1998.
2. Elias PE. Estado e saúde – os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo em Perspectiva 2004 jul-set; 18 (3):41-6.
3. Mattos RA. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. Os sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro (RJ): UERJ-IMS-ABRASCO; 2001.
4. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface – comunicação, saúde, educação 2005 mar-ago; 9 (17):287-301.
5. Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2005 jul-set; 10 (3):549-60.
6. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a

novos paradigmas? Revista de Saúde Pública 1998 jun-ago; 32 (4):299-316.

7. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cadernos de Saúde Pública 2004 set-out; 20 (5):1411-6.

8. Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF de. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil 2005 abr-jun; 5 (2):229-40.

9. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cadernos de Saúde Pública 2002; 18 (supl):191-202.

10. Marques RM, Mendes A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? Cadernos de Saúde Pública 2002; 18 (supl):163-71.

11. Ayres JR. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2004 jul-set; 9 (3):583-92.

12. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva 2003 abr-jun; 8 (2):569-84.

13. Hartz ZMA, Contandriopoulos, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cadernos de Saúde Pública 2004; 20 (supl. 2):5331-6.

14. Carvalho MC, Martins A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. Ciência & Saúde Coletiva 2004 out-dez; 9 (4):1003-12.

15. Mitre RMA, Gomes R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2004 jan-mar; 9 (1):147-54.

16. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface – comunicação, saúde, educação 2005 set-fev; 9 (16):39-52.

17. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cadernos de Saúde Pública 2004 set-out; 20 (5):1400-10.

18. Corrêa LB, Lunardi VL, Conto, SM de, Galiuzzi, MC. O saber resíduos sólidos de serviços de saúde na formação acadêmica:

uma contribuição da educação ambiental. Interface – comunicação, saúde, educação 2005 set-fev; 9 (18):571-84.

19. Pierantoni CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. Ciência & Saúde Coletiva 2001 jul-dez; 6 (2):341-60.

20. Brasil. Ministérios da Saúde e da Educação. Portaria interministerial 2.101 de 03 de novembro de 2005. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília, 2005.

Artigo recebido em 24.02.07

Aprovado para publicação em 10.12.07