

Construção da
INTEGRALIDADE:
cotidiano, saberes e práticas em saúde

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Nival Nunes de Almeida

Vice-reitor: Ronaldo Martins Lauria

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Ruben Araujo de Mattos

Vice-diretora: Jane Araujo Russo

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Coordenadora: Roseni Pinheiro

Coordenador adjunto: Ruben Araujo de Mattos

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Jane Dutra Sayd

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Paulo Ernani Gadelha Vieira (Fiocruz)

Conselho Editorial

Alcindo Antônio Ferla (UCS)

Aluísio Gomes da Silva Júnior (UFF)

Emerson Elias Merhy (UNICAMP)

Kenneth Rochel de Camargo Jr. (UERJ)

Madel Therezinha Luz (UERJ)

Maria Elisabeth Barros de Barros (UFES)

Mary Jane Spink (PUC-SP)

Roseni Pinheiro (UERJ)

Ruben Araujo de Mattos (UERJ)

Yara Maria de Carvalho (USP)

Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva - CEPESC

Rua São Francisco Xavier, 524 – 7 andar

Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-900

Telefones: (xx-21) 2587-7303 ramais 252 e 308

Fax: (xx-21) 2264-1142

URL: www.lappis.org.br / www.ims.uerj.br/cepesc

Endereço eletrônico: lappis.sus@ims.uerj.br

Roseni Pinheiro
Ruben Araujo de Mattos
Organizadores

Construção da
INTEGRALIDADE:
cotidiano, saberes e práticas em saúde

Rio de Janeiro ■ 2007

Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde

Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (org.)

4ª Edição - 2007

Capa: Erica Fidelis

Preparação de originais: Roseni Pinheiro

Revisão: Ana Silvia Gesteira

Editoração eletrônica: Erica Fidelis

Acompanhamento editorial: Ana Silvia Gesteira

Agradecimentos pela competência técnica

Copyright © 2007 by Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

Esta publicação contou com apoio de CNPq, FAPERJ e IMS / UERJ

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / CBC

C759 Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde
 Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores.
 Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.
 232p.

Bibliografia.
ISBN 85-89737-33-0

1. Política de saúde – Brasil. 2. Serviços de saúde - Brasil. 3. Saúde – Planejamento - Brasil. 4. Qualidade dos cuidados de saúde. I. Pinheiro, Roseni. II. Mattos, Ruben Araujo. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

CDU 614.008.1

Impresso no Brasil

Direitos exclusivos para esta edição dos editores-autores. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada sem autorização expressa dos editores.

SUMÁRIO

<i>Apresentação</i>	7
ROSENI PINHEIRO e RUBEN ARAUJO DE MATTOS	
<i>Práticas Eficazes x Modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidade</i>	9
ROSENI PINHEIRO e MADEL THEREZINHA LUZ	
<i>Um Ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade</i>	37
KENNETH ROCHEL CAMARGO JR.	
<i>Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde</i>	47
RUBEN ARAUJO DE MATTOS	
<i>Atendimento Integral: a escuta da gestão estadual do SUS</i>	63
ALCINDO ANTÔNIO FERLA, RICARDO BURG CECCIM e MARIA LECTÍCIA MACRY DE PELEGRINI	
<i>O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações</i>	91
RICARDO RODRIGUES TEIXEIRA	
<i>Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde</i>	115
ALUÍSIO GOMES DA SILVA JR., EMERSON ELIAS MERHY e LUÍS CLAUDIO DE CARVALHO	
<i>Aconselhamento Médico e Diversidade Cultural: a busca de um enfoque integral na prática da medicina de família</i>	131
OCTAVIO BONET	

A Prática do Aconselhamento em DST/AIDS e a Integralidade 147

CARLA LUZIA FRANÇA ARAÚJO

Homeopatia e Apoio Social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde 171

ALDA LACERDA e VICTOR VALLA

A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar 199

LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECILIO e EMERSON ELIAS MERHY

Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde 213

RICARDO BURG CECCIM e ALCINDO ANTÔNIO FERLA

Apresentação da 4ª Edição

ROSENI PINHEIRO e RUBEN ARAUJO DE MATTOS

A 4ª edição da coletânea *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* coroa o trabalho do Grupo de Pesquisa do CNPq LAPPIS – Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde, criado em 2004, com o qual pavimentamos caminhos epistemológicos e metodológicos da produção de conhecimentos sobre a integralidade em saúde. Esses caminhos visam a contribuir para construções analíticas sobre os saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde, em diferentes contextos. Todos os textos refletem uma defesa da integralidade como princípio norteador e organizador das práticas em saúde.

Nos seis anos de desenvolvimento do projeto *Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde*, produzimos coletâneas, debates e seminários de âmbito nacional – *Cuidado: as fronteiras da integralidade*, *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos* e *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde* – cuja enorme procura como referências bibliográficas vem confirmar o êxito da iniciativa, reafirmando o tema da integralidade em saúde como um campo fértil de relevância e interesse para o desenvolvimento da Saúde Coletiva no Brasil.

A diversidade de experiências empíricas e a pluralidade de visões – teóricas e metodológicas – que perpassaram os vários espaços de discussões vêm contribuindo para a construção de formas alternativas de agir e compreender a integralidade em saúde e para a ampliação do universo de referências sobre a temática. Nesse sentido, as práticas do cotidiano dos sujeitos nos serviços de saúde são, aqui, *locus* privilegiado de estudo, posto que é no plano das práticas que se dá a construção da integralidade, seja na formulação e gestão das políticas de saúde, seja nas relações que se estabelecem entre usuário e profissional, e destes com os serviços.

Adotando uma perspectiva interdisciplinar, o projeto encerrou sua primeira fase em dezembro de 2002, gerando os primeiros produtos, entre os quais a publicação da coletânea *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*, por nós organizada, além de trabalhos apresentados em congressos e artigos publicados. As atividades de ensino e pesquisa têm analisado a construção social dos sentidos e significados da ação integral, bem como estudado o cotidiano das práticas em saúde centradas na integralidade das ações em diferentes regiões do país.

O projeto *Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde* conta com apoio e cooperação de grupos de pesquisadores e agentes de diferentes instituições – Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense; Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Acre; Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade de Caxias do Sul; Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fiocruz; Escola Politécnica Joaquim Venâncio da Fiocruz – e conta com o apoio de FAPERJ e CNPq, na perspectiva de desenvolver um conjunto sistematizado de estudos sobre as diversas experiências que vêm consolidando o princípio da integralidade, a fim de contribuir para o aperfeiçoamento e a formação de recursos humanos.

Acesso, cuidado, acolhimento, participação, política, terapêuticas não-convencionais, gestão de sistemas e ensino foram alguns dos temas tratados nesta coletânea em diferentes contextos institucionais (ambulatorial e hospitalar), sempre na perspectiva de buscar compreender e praticar de forma eficaz as ações de saúde de modo integral.

Ao lado de algumas contribuições de caráter mais teórico-metodológico, a coletânea traz algumas análises de experiências de iniciativas municipais e estaduais que têm implicado repensar os aspectos mais importantes do processo de trabalho, da gestão, do planejamento e, sobretudo, da construção de novos saberes e práticas em saúde. Em que pesem a diversidade e a pluralidade dos temas abordados nesta coletânea, é possível perceber os diferentes desafios enfrentados pelos gestores, profissionais e técnicos para encontrar soluções para os problemas de saúde prioritários da população.

Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade¹

ROSENI PINHEIRO²
MADEL THEREZINHA LUZ³

1. Introdução

A utilização de modelos na organização dos serviços de saúde tem sido objeto de discussão de grupos de acadêmicos, especialistas, políticos e técnicos ligados ao setor saúde (Campos, 1992a, 1992b; Cecílio *et al.*, 1994; Mendes, 1994; Moyses, 1994; Levcovitz, 1996 e 1997). Tradicionalmente, os modelos aplicados à saúde visam à organização formal do processo de trabalho de seus serviços, mediante a administração de recursos materiais, humanos e financeiros (Testa, 1993).

Tais modelos são geralmente idealizados por planejadores ou gerentes, que querem fazê-los acontecer, materializar ou concretizar, por meio de regras ou normas previamente estabelecidas. Estas geram uma cadeia de atos que resultam no funcionamento de uma instituição ou organização. Entretanto, tais atos devem ser cumpridos por distintos atores, o que acaba gerando um conjunto diferenciado de práticas.

É a partir desse momento que surgem as principais dificuldades para implementação de modelos. A primeira é dada pelas condições (institucionais, materiais e informacionais) necessárias à implementação do modelo no alcance de seus objetivos. A outra se refere ao quase habitual desencontro desses objetivos, predefinidos pelos gestores nos modelos ideais, e as práticas efetivamente exercidas para execução do trabalho que resultará em sua realização.

Partindo desta discussão, vê-se que a implementação de modelos *ideais* tende a requerer condições também *ideais* para sua realização, isto é, um modelo somente alcançará o êxito estabelecido mediante a existência de condições devidamente previstas (calculadas) que, através de atos predeterminados, favorecerão a realização do trabalho e, conseqüentemente, seu resultado.

Essas questões podem ser claramente percebidas quando observamos aspectos da implementação de modelos na gestão de serviços. Testa (1993) destaca que, dentre as condições ideais eleitas pelos gestores, as atividades de supervisão e controle se constituem de atos subsidiários à gestão de um modelo, ou de um programa etc. (Testa, 1993). Os atos têm como objetivo verificar a execução de tarefas previamente designadas aos distintos recursos humanos, isto é, a execução de papéis referentes às diferentes funções de trabalho.

Contudo, o autor salienta que tais atos não permitem controlar a qualidade do produto de instituições. No caso de instituições de saúde – por exemplo, uma rede de atenção à saúde –, os atos do tipo controle evidenciam inúmeras dificuldades, devido à especificidade do objeto de trabalho em saúde, sobretudo do trabalho médico (Testa, 1993). Como controlar o processo de trabalho médico? Este tem, em princípio, a autonomia como base de sua atuação mas ao mesmo tempo contrapõe-se à idéia de controle proposto nos moldes da gestão dos serviços. O trabalho médico tem em sua origem uma racionalidade que expressa uma forma de atuar específica, peculiar à sua prática na intervenção, face aos problemas de adoecimento da população.

E a população? Como mensurar a demanda por serviços de saúde ou mesmo definir as reais necessidades de saúde de uma população? Os especialistas das áreas econômica e de saúde admitem a impossibilidade de realizar um cálculo preciso sobre esses fatores; e também de estabelecer regras ou unidades de valor para ordená-los. O caráter imprevisível dos eventos que ocorrem nos processos de saúde-doença, de cura e de morte dos indivíduos, é marcado pelo alto grau de subjetividade presente nas relações médico/paciente e paciente/serviços.

Imprevisível e subjetivo. Estes são alguns dos termos utilizados pelos especialistas para explicar as dificuldades de se avaliar a factibilidade de modelos de organização de serviços de saúde. Já foi visto, em estudos sobre a clientela (Canesqui, 1992), que essa subjetividade traz um imaginário, fruto de práticas e representações sociais, material simbólico que é expressão cultural de um modo de perceber a saúde e a doença. Contudo, tais aspectos são invisíveis aos olhos da razão, sobretudo ao crivo da racionalidade econômica. É importante lembrar que esses aspectos não devem ser negados, pois, caso contrário, estaremos excluindo, uma vez mais, elementos socioculturais essenciais à compreensão das instituições de saúde.

Nesse sentido, este texto visa a levantar algumas questões intrínsecas à aplicação concreta de *modelos* na organização de serviços, isto é: as *práticas* em saúde. Realizamos, previamente, uma breve retrospectiva histórica sobre a racionalização da vida na construção do pensamento ocidental e seu reatamento nas práticas de saúde. Em seguida, discutimos as possibilidades de apreensão de outras formas de pensar/agir/fazer/produzir em saúde, utilizando alguma contribuição do pensamento oriental. Por fim, tecemos considerações sobre essas reflexões e sua aplicação nas formas de agir e produzir integralidade em saúde.

2. Prática ideal: ações a serviço de modelos e técnicas? Razão e prática na cultura do Ocidente

Este tipo de pergunta (provocativa) vem perpassando o debate institucional sobre o desenvolvimento, na prática, de formas mais adequadas de organização dos serviços de saúde. Contudo, observa-se que a prática tem sido tratada, na grande maioria das vezes, apenas como um campo de aplicação ou verificação de idéias, propostas ou modelos. Tal postura acaba por negar a condição do agente que tem a prática, nas transformações sociais, políticas ou econômicas.

No campo da saúde, nossa área de análise, esta dimensão da prática tem sido discutida em estudos sobre gerência de serviços, políticas e avaliação de saúde, através de várias abordagens distintas (Campos, 1992a, 1992b; Cecílio *et al.*, 1994; Mendes, 1994; Moyses, 1994; Levcovitz, 1996 e 1997). Diferentemente da maioria desses autores, pretendemos realizar uma leitura sobre as práticas em saúde, tomando como base de análise dados da história ocidental com perspectiva de análise e conceitos da filosofia e sociologia. Esta análise tem como núcleo conceitual básico a *ação*, enquanto elemento processual da prática. A ação é compreendida como um componente cultural que traduz uma certa forma de pensamento de uma dada cultura, ou melhor, de uma dada civilização, no nosso caso a ocidental.

Realizando uma breve retrospectiva, podemos afirmar que o modelo de pensamento ocidental tem como uma de suas mais importantes matrizes o modelo grego de pensamento, centrado no *logos*, tendo como seus principais enunciadores clássicos Platão e Aristóteles. De acordo com as interpretações de Platão, somente a razão (inteligência), ou *logos*, estaria habilitada a criar ou construir um conhecimento (ciência), que resultaria

da contemplação da verdade (as formas). Esse modo de construção do conhecimento, se idealizado, constitui modelo organizador das ações da vida humana, sendo esta forma (ideal de verdade) a única possibilidade efetiva de se alcançar a perfeição, ou melhor, a salvação (Jullien, 1996).

Neste sentido, somente a razão pode agir como mediadora válida entre o sensível e o inteligível. Na verdade, o projeto do *logos* seria o *princípio da ordem*, de organização intelectual do mundo, onde tudo aquilo que fosse irreduzível à razão não poderia ser considerado como *verdade*. Esta razão, caracterizada como *razão clássica*, tende a situar a *ação* numa posição de subordinação perante a *verdade formal*, sob o signo do *modelo ideal* – este criado por um saber sacralizado (Jullien, 1996).

A reificação da razão como produtora de verdades, através da interpretação, da explicação e da transformação da realidade (natureza), atravessou os séculos, e mais precisamente a partir do século XVI, manifestou-se em novas formas de produção de racionalidades. A matriz do pensamento ocidental – o projeto *logos* – acabou servindo de patamar epistêmico para a construção e a organização institucional de diversos campos de saberes, que deram origem a formas variáveis de intervenção normativa na vida das sociedades.

Talvez o período que melhor represente a riqueza das transformações que ocorreram no mundo ocidental desde a Antiguidade compreenda do Renascimento ao Classicismo, dos séculos XVI ao XVIII. Luz (1988, p. 17) caracteriza o Renascimento como uma época que foi

“(...) ao mesmo tempo uma época de modificação de costumes e idéias, e uma série de momentos inaugurais na criação artística e filosófica, científica e tecnológica, que têm ressonância progressiva, a partir de centros urbanos de irradiação, para todo o mundo conhecido (o Velho Mundo). Essa ressonância produz uma série de mudanças profundas no comportamento político, cultural e econômico da Europa, cujos efeitos de mutação se fizeram sentir até o século XVIII”.

No bojo das transformações ocorridas no período renascentista, está o embrião de outra forma de pensar através da razão. Esta seria chamada pela autora de *racionalidade científica moderna* (Luz, 1988). Trata-se de um momento de dessacralização da vida, através da tematização do homem como não mais ligado ao mundo do cosmo, mas do homem com o dono da natureza. Separam-se os reinos celestial, humano e natural, situando-se o homem no centro da vida.

Neste momento rompe-se com a visão naturista do mundo, até então vigente, herdada da concepção grega clássica, para pensá-lo *cientificamente*, talhando um novo modelo (racional) para vida: a *ordenação*. O modelo moderno de vida deveria ser objetivado através de ações lógicas e da prática sistemática de atividades racionais, o que configurou o *método* (científico). O método seria, portanto, o exercício de regras de produção de verdades destinadas a explicar e ao mesmo tempo a ordenar a vida. Tornou-se o meio eleito pela modernidade para “ordenar os seres e o mundo, moralizando as relações entre homens e as coisas, e dos homens entre si” (Luz, 1988, p. 28).

Segundo a interpretação de Luz (1998, p. 30), a racionalidade na Idade Moderna constituiu-se num “regime específico de produção de enunciados de verdades, no qual as regras de produção de verdades são mais importantes, em última instância, que sua veracidade enquanto tal”. Este regime é a base da constituição do conhecimento científico.

De acordo com Luz, a racionalidade moderna coincide com a racionalidade científica, quando toma como norma epistêmica a utilização de um método de produção de verdades como meio de legitimação perante a sociedade, através do exercício contínuo e renovado de “buscar novos conteúdos de verdades” (pesquisa científica).

A racionalidade científica moderna caracteriza-se, assim, pela fragmentação tanto da natureza (objeto) como do próprio sujeito de conhecimento: o homem. Este será dividido em partes, sendo a razão, hierarquicamente superior, separada das paixões, dos sentimentos e dos sentidos. Progressivamente, estas partes serão vistas pela ciência como peças, infinitamente fragmentáveis.

Apesar de não ser objeto deste trabalho, consideramos que, para se tematizar os fundamentos da racionalidade científica moderna, há de se ter claro que seu surgimento no século XVII, atravessando o século XVIII, foi decisivo para a construção da medicina moderna no século XIX. A racionalidade médica terá, na modernidade, a doença como categoria central, nortando até os dias de hoje seu modo de intervenção na sociedade (Luz, 1988).

Mesmo que o processo de racionalização da vida coincida com a racionalidade científica no Ocidente, no que diz respeito à utilização da ciência como um saber privilegiado para ordenação da história da vida e suas manifestações, pode-se observar o desenvolvimento de outras formas de racionalizar o *viver* das sociedades.

Com o advento do capitalismo, as sociedades modernas desenvolveram formas crescentemente complexas de empreendimentos, visando à sistematização dos lucros. Diversos países do Ocidente e Oriente criaram empresas capitalistas, que, através do comércio, fomentavam empresas duradouras e ocasionais na organização desses sistemas (Weber, 1993).

Para Weber (1993), o capitalismo ocidental constitui uma certa racionalidade controladora, sendo o cálculo a previsão do controle voltada para produtividade. Uma racionalidade voltada para o cálculo da ação, do trabalho. Para ele, este fato exigiu o desenvolvimento de várias técnicas, com o objetivo de aperfeiçoar a “calculabilidade”, utilizando-se para isso a *tekne* da ciência ocidental, isto é, as técnicas dos conhecimentos científicos das áreas da matemática e das ciências da natureza. De acordo com as interpretações do autor, o desenvolvimento de tais técnicas

“tão importantes para as condições de vida de nossas massas, foi certamente encorajado por considerações econômicas, que justamente se assentavam nele no Ocidente. Esse encorajamento decorria, entretanto, das peculiaridades da organização social do ocidente. (Weber, 1993, p. 10)”

Com a modernidade estabeleceu-se, assim, um conjunto de novas demandas e novas necessidades sociais, exigindo novos mecanismos de produção, cada vez mais especializados. A criação desses mecanismos gerou outras necessidades, cada vez mais individualizadas, na busca do sucesso, do controle, enfim, da renovação dos valores que orientavam as ações dos indivíduos. De outro lado, na esteira das relações de produção capitalista, a própria racionalidade científica moderna desenvolveu-se de maneira bastante acelerada, através do aperfeiçoamento de técnicas para controlar e organizar a natureza, mas na forma de produção. Esta estaria voltada para a condução da previsão de *ações* da racionalidade ocidental moderna. A ciência nunca teve tanto prestígio social como nesse período, sobretudo nos dias de hoje.

Embora os conhecimentos advindos dessas duas racionalidades apresentem traços que apontam para a associação de seus objetivos, não se pode afirmar que existe uma relação causal entre ciência e capitalismo, mas uma correlação positiva em termos históricos, epistemológicos e sociais.

Atualmente nos deparamos com uma figura de sujeito hipertrofiado pela valorização do individualismo e suas manifestações na cultura contemporânea. É importante enfatizar, entretanto, em que pesem as diferentes condições sociais, culturais, políticas e econômicas, que, desde a Antiguidade ocidental, o pensamento da transcendência/transposição permanece, através da permanência do modelo ideal, para ser aplicado, imitado e repetido em todos os lugares e para todas as coisas. Não no sentido grego de se estabelecer vínculos com o divino, mas na ratificação do seu papel de normalizador da natureza nas suas diversas manifestações.

O modelo ideal centrado na figura do sujeito indivíduo passa a ser transposto, na atualidade, para o cotidiano, com todos os seus novos valores: o individualismo, o consumismo, a busca do poder sobre o outro, a disputa, que acabam por influenciar de maneira decisiva os campos mais importantes do agir e do viver humanos, como a política, a ética e a cultura.

Essa forma de agir/pensar, com suas concepções e valores, tem-se replicado nas instituições, como as de saúde (ensino e serviços), nosso objeto de análise. Com a normalização das noções de saúde-doença, realizadas (e pensadas) somente a partir de conhecimentos biológicos (anatomo-físico-patológicos), estatísticos (formalismo quantitativo), ou até mesmo sociológicos (formalismo crítico-qualitativo), meios e formas utilizados por essas instituições – ou seja, os modelos – foram freqüentemente enaltecidos nas análises no campo da saúde, em detrimento de um olhar mais abrangente sobre os fins, os resultados e as práticas sanitárias (Campos *et al.*, 1994).

A proposta teórica de Max Weber é recuperar outra forma de análise que não a interpretativa, mas compreensiva, da realidade. Significa ultrapassar os limites das análises sobre as práticas, não apenas como campo para aferição de verdades, mas torná-las fonte de conhecimento de sua própria construção (Weber, 1993).

Acreditamos que a *ação se torna elemento conceitual* fundamental para compreender e apreender estruturas, significados e sentidos, nesta racionalidade ou em outras. Neste sentido, o conceito weberiano de ação social é muito pertinente, por permitir a discussão das características de outras culturas, como por exemplo a oriental, que valorizam a ação e a prática como veículo de transformação.

3. Práticas eficazes: a ação modulando o saber e o fazer. Por que não no Ocidente? Razão e prática no Oriente

Longe de ser uma análise mecanicista tentando enquadrar a vida do Ocidente no modelo oriental, a idéia de tratar as práticas como moduladoras do próprio fazer e formuladoras de saberes não deve ser entendida aqui como um modo de pensar que venha substituir o hegemônico, haja vista a diversidade e a oposição de conceitos em ambas as culturas. É possível fazer aqui apenas um exercício teórico conceitual de aproximação para compreender as duas culturas, no sentido de apreendermos alternativas possíveis de abordagens dos problemas da vida e do mundo atuais, independentemente das culturas de origem.

Para discutir o tema acima, valemo-nos de autores como Marx Weber e François Jullien, com o objetivo de realizar uma análise conceitual, com vistas à compreensão das distintas racionalidades situadas em patamares culturais diametralmente opostos.

O ponto central das interpretações sociológicas de Weber está na *ação social*. Esta é entendida como o fundamento de toda estrutura social. A ação é geradora de situações e estruturas.

Na sua obra clássica, *Ética protestante e o espírito do capitalismo*, Weber tematiza estas questões e elabora a teoria da ação social. Nela o autor analisa o papel da ética religiosa em sua relação com o processo de produção do capitalismo moderno. Uma de suas interpretações é que o espírito, entendido como ética social (*ethos*), irá determinar as formas como as pessoas serão inseridas e avaliadas no processo de produção. É a ética do trabalho – este como valor que dignifica, voltado para determinados fins que orientariam determinadas ações.

Baseado na análise da ética protestante, Weber⁴ destaca o papel da cultura religiosa como um dos fatores que corroboram a construção da racionalidade calculadora. O projeto ético dos protestantes estaria imbuído do espírito capitalista, para alcançar individualmente a salvação. A ética do trabalho assume uma condição de valor no protestantismo, mas para ser cultivada individualmente. Isto porque, diferentemente do catolicismo, o protestantismo é fortemente marcado pelo individualismo, em detrimento do primeiro, que privilegia a vida em comunidade (Weber, 1993).

Weber inaugura a sociologia compreensiva, redimensionando a estrutura da disciplina e do significado da ação social. A sociologia é definida como uma ciência que pretende entender a ação social, interpretando-a, para explicá-la causalmente em seu desenvolvimento e efeitos. Por sua vez, a ação social é uma ação em que o sentido pensado por um ou mais sujeitos está referido à conduta dos outros, orientando-se por esta, em seu desenvolvimento. A ação social se orienta pelas ações dos outros (com todas as irracionalidades que advêm do ser humano – por exemplo, afeto, religião, cultura, valores etc.) que podem ser ações passadas, presentes e futuras (Weber, 1986).

Neste sentido, a categoria de racionalidade é ampliada a partir da teoria da ação. A racionalidade não pode ser um conceito confinado ao capitalismo, ou aos seus aspectos econômicos. Deve ser acolhida nos vários aspectos que envolvem o sujeito (sobretudo a subjetividade), pois se refere à forma de orientar ações, isto é, a uma forma de sistematizar as ações e organizá-las para determinados fins, para determinados valores (Weber, 1993).

Dentro dessa perspectiva, é possível conceber a existência de mais de uma racionalidade, possuidora de um racionalismo específico e peculiar da cultura. Como já observado por Weber, o papel da cultura na manutenção e na perpetuação da racionalidade calculadora da vida no Ocidente é bastante significativo.

Tomando como ponto de análise e exame o seu oposto cultural – o pensamento oriental –, pode-se observar que, no pensamento chinês, não existe um movimento de transposição de ideais, ou modelos ideais, típico do pensamento ocidental (Razão clássica - homem), como foi visto anteriormente. Isto porque esse pensamento (oriental) está apoiado no princípio da imanência, isto é, a verdade real emerge da ação, pois esta “fala e define por si” (Jullien, 1996).

Diferentemente do Ocidente, a transcendência inexistente na cultura oriental, pois é na transcendência que está, justamente, o pressuposto existente no Ocidente, isto é, transcender significa alcançar uma idéia (verdade) absoluta e perfeita em si mesma. (Jullien, 1996).

O filósofo François Jullien, ao analisar a filosofia chinesa, comparando-a ao projeto grego de *logos*, destaca que na cultura oriental não existe a idéia de criação (demiúrgica) de verdades por modelos. Na filosofia

chinesa, o mundo existe desde sempre, portanto não existe a possibilidade de se criar modelos, mesmo porque a ação, assim como a prática, é considerada o mais eficaz dos modelos ou dos modos de vida (Jullien, 1996).

Na moderna civilização ocidental, a sobrevivência no mundo condena o sujeito ao permanente convívio entre as qualidades, para alcançar o sucesso, o êxito, ser vencedor, o herói da aposta/disputa. Em contrapartida, na cultura chinesa não existe esse apelo às qualidades, pois aquilo que parece não ter qualidades,

“o insípido – (pleno de possibilidades = desprovido de qualidades), desdobra-se em todos os sentidos. Por princípio, é indiferente às fronteiras que traçam entre eles os diferentes saberes: já que o valor é neutro, a insipidez está no início de todos os possíveis e os faz comunicar” (Jullien, 1996, p. 24).

No seu livro *Eloge de la fadeur*, Jullien denuncia o primeiro paradoxo Ocidente/Oriente, pois prezar a *insipidez*, e não o *saber*, significa ir ao encontro da tradição ocidental – isto é, de acordo com sua interpretação, o saber ocidental tem prazer em maltratar o senso comum. Os chineses se beneficiam de valores de sua cultura, que fazem com que o seu agir (através das artes, por exemplo) possa tornar mais sensível (mais atuante) essa insipidez, considerada fundamental para a compreensão das ações, e assim poder transformá-las. Nesse sentido, a prática em si mesma é uma fonte inesgotável de transformações de ações, pensamentos e sentidos (Jullien, 1996).

Saber escutar e fazer com que o outro escute, no sentido de ver o estado das coisas, é conceber que o mundo funcione de outras formas, sempre atualizadas. O gesto é valorizado e assim a ação concentra todas as possibilidades e todas as visões.

Se o espaço do mundo ocidental é dado à ciência, e se lá a ciência não estivesse, este seria considerado um espaço vazio, oco, desprovido de conhecimento. Na filosofia oriental, esse espaço vazio é espaço da plenitude de sentidos, que possibilita, através da sutileza, da *sensibilidade*, manipular novas possibilidades de racionalizar o mundo, ao mesmo tempo em que relativiza as certezas estabelecidas. A idéia de confronto (pela palavra ou pela guerra) não cabe na cultura oriental, pois os chineses fazem sempre um contorno para buscar novos caminhos, sem necessariamente alterar os objetivos propostos (Jullien, 1996).

A sutileza, a sensibilidade, os sentidos, quando recuperados com o objetivo de auxiliar nas transformações necessárias à melhoria da qualidade de vida das populações, pode nos permitir uma conjunção essencial entre *sujeito e ação*.

O esforço de revisão conceitual desenvolvido agora visa a demonstrar que existem outras formas de tratar os problemas da vida, em seu sentido mais amplo, sem que haja uma limitação política, ética e até mesmo cultural. A cultura é um campo fértil para se apreender outros elementos de sentido e significados que nos auxiliem na compreensão da realidade.

As questões aqui levantadas não estão necessariamente confinadas numa só cultura. Ao contrário, cada uma das culturas examinadas procurou encontrar um caminho para dar conta da antiga dicotomia teoria/prática – uma dicotomia que reverbera na vida humana, nos planos político, ético e institucional. Exemplo dessa reverberação são as instituições de saúde.

No caso da saúde, podemos observar uma demanda crescente de modelos alternativos de atenção, seja na prática clínica, seja na gestão dos serviços de saúde. Luz (1997), em seus estudos sobre racionalidades médicas, aponta para a exaustão do modelo ocidental de organização de serviços e das práticas médicas. Chamamos a atenção para a crise da saúde, que é uma crise sanitária e médica, e que envolve culturalmente as relações entre medicina-sociedade e instituições: médicos/pacientes/serviços.

Campos *et al.* (1994) alertam para a urgência de modelos de atenção à saúde que sejam mais *porosos*, capazes de permitir que a sensibilidade, o desejo e as necessidades da clientela perpassem por todos os *poros* da organização de tal forma que todos sintam a pressão. O autor defende a necessidade de se pensar a saúde com outras feições socioculturais, no que diz respeito à formulação, distribuição e organização dos serviços.

Enfim, para tratar dessas questões sobre as práticas em saúde, o agir cotidiano nas instituições de saúde configura-se como um *situs* privilegiado de estudos e de construção da integralidade em saúde. Esta é entendida aqui no sentido ampliado de sua definição legal⁵, ou seja, como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde. Diante dessa perspectiva crítica, o cotidiano nas instituições de saúde surge como um espaço não de verificação de idéias, mas de construção de práticas de novas formas de agir social, nas quais a integralidade pode se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e no cuidado em saúde.

4. Práticas do cotidiano nas instituições de saúde e a integralidade: novas formas do agir social em saúde

Neste sentido, as instituições de saúde assumem papel estratégico na absorção dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, na medida em que reúnem, no mesmo espaço, diferentes perspectivas e interesses de distintos atores sociais (médicos, dirigentes e usuários). Atuam para a construção e reprodução de saberes e práticas integrais de cuidado e atenção à saúde, assim como para a avaliação dos efeitos de uma política que o Estado desenvolve, face ao nível de saúde da população. Consideramos, portanto, as instituições de saúde um *locus* privilegiado de observação e de análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, seja quanto às práticas terapêuticas prestadas aos indivíduos, seja nas práticas de saúde difundidas na coletividade.

Cabe lembrar que vários estudos têm sido realizados sobre a reforma do sistema de saúde brasileiro, com o objetivo de acompanhar suas formas de articulação (ou rearticulação) em situações institucionais concretas, em diferentes níveis de execução da política de saúde, nos estados e municípios do país. De acordo com Cohn, essa situação tem gerado um “acúmulo de conhecimento de diferentes experiências, num diálogo permanente com os marcos teóricos, no qual as categorias e conceitos, até então vigentes, lhes dão novos significados e apontam sua capacidade e limites” (Cohn, 1991, p. 320). É a partir do reconhecimento desses limites que se advoga aqui a necessidade de realizar outra tipologia de análise sobre as políticas de saúde, no plano microinstitucional, sobretudo no que diz respeito aos princípios doutrinários e organizacionais relacionados com o cuidado da saúde de um indivíduo ou mesmo de uma população.

Tradicionalmente, as análises no campo da saúde têm como foco de atenção a realização de estudos macroinstitucionais (Almeida, 1995; Gershman e Viana, 1997; Buss e Labra, 1995, entre outros), voltados para o exame da

“política setorial em termos de disjuntivas e oposições – público *versus* privado; setor estatal *versus* setor privado; centralização *versus* descentralização; democracia representativa *versus* democracia direta – e não em termos de suas articulações e rearticulações” (Cohn, 1997, p. 319; Viana, 1996, p. 12).

Outros trabalhos já identificaram as formas como os processos de descentralização / desconcentração foram conduzidos em diferentes estados e municípios⁶. Todavia, o número de estudos que buscaram esmiuçar a relação da população com os serviços de saúde, no que concerne aos efeitos de uma política de saúde em situação microinstitucional, relacionada sobretudo à integralidade do cuidado em saúde, ainda é bastante reduzido. Ressaltam-se aqui alguns trabalhos nessa direção: Cohn (1992), Canesqui (1992), Luz (1997) e Camargo (1997).

Com isso, tem-se uma brecha de produção do conhecimento de nossa realidade, no que diz respeito aos efeitos dessa política de saúde, no caso em exame, sobre a *integralidade das ações de saúde* nos espaços onde ela deveria se materializar, isto é, nos serviços de saúde. Afinal, os serviços de saúde constituem cenário vivo, onde atuam atores sociais distintos no desenvolvimento de suas práticas, gerando diferentes percepções sobre o que é demandado e oferecido em termos de saúde.

Desta perspectiva, o estudo sobre os atores e suas práticas no cumprimento do princípio da integralidade, no contexto de reforma do sistema, ganha notoriedade e pertinência para o campo da saúde coletiva. Privilegiando a participação de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços de saúde, parte-se do pressuposto de que são as instituições, em seu agir cotidiano – os serviços – o espaço onde as ações políticas ganham materialidade política e social e expressam formas de criação e de apropriação da produção/reprodução da vida coletiva.

Ressalte-se que cotidiano é entendido aqui como o *locus* social onde se expressam não somente experiências de vida, na perspectiva individual que o termo possa conter, mas também contextos de relações sociais distintas que envolvem tanto pessoas, como grupos específicos, coletividades e instituições.

No que concerne ao processo de reforma do sistema de saúde brasileiro – a construção do SUS –, uma das características fundamentais do sistema é “uma inédita e radical politização do que tradicionalmente se consideram procedimentos técnicos operacionais do planejamento e da gestão e organização do sistema” (Levcovitz, 1997, p. 118).

Segundo Levcovitz (1997), o cenário que se desenha é de superação da tradicional separação entre a esfera política e a esfera técnica, na qual as ações – sejam de caráter político, ideológico, institucional ou administrativo – tomam os espaços de gestão concreta das redes de serviços

e de operação do instrumental próprio das políticas públicas⁷. Em certa medida, isso vem requerendo novos padrões de relacionamento entre serviços, profissionais e usuários.

Bozi (1994) destaca que os processos históricos da formação e consolidação das equipes e do modelo de atendimento nos serviços de saúde não se reduzem uns aos outros de maneira mecânica. Em outras palavras, a formação dos profissionais de saúde e a formulação de modelos assistenciais adotados pelos serviços possuem dinâmicas distintas, ao mesmo tempo em que se constroem lógicas particulares de realização e condução de suas atividades. Com isso, o uso da categoria integralidade corresponde a um tipo de marcador contínuo, que se estrutura a partir de uma ação social específica, que pode incluir os aspectos objetivos e subjetivos resultantes da interação/relação dos atores em suas práticas no interior das instituições.

Essa categoria pode ser ampliada com a definição de ação social, definida por Weber, que entende a ação como o fundamento de toda estrutura social: a ação geradora de situações e estruturas que organizam o edifício social. Uma vez considerando a definição de Weber (1996) sobre ação social, baseada na reflexão sobre a cultura religiosa⁸, a dimensão cultural pode ser incluída no escopo de análise de uma política pública em saúde.

Neste sentido, Mendes (1997) destacou a importância da dimensão cultural no processo de construção do SUS, pois a relação entre atores governamentais e cidadãos – isto é, Estado e sociedade – tende a englobar vários aspectos intrínsecos à dinâmica de uma sociedade, além de manter estreita relação com a dimensão político-ideológica, no que concerne a uma visão ampliada do processo saúde-doença. Exemplo disso é a expansão de práticas terapêuticas alternativas nos serviços de saúde, que, colocadas a serviço da população, permite ao paciente escolher a terapêutica a ser por ele utilizada. Esse fato evidencia uma compreensão ampliada do direito à saúde, na medida em que os conteúdos teórico-práticos norteadores dessas práticas se aproximam da integralidade em duas dimensões: da atenção e do cuidado em saúde.

Para tanto, torna-se necessário assumir a integralidade como um eixo norteador de novas formas de agir social em saúde e, por que não, de uma nova forma de gestão de cuidados nas instituições de saúde, permitindo o surgimento de experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais.

5. Terapêuticas não-convencionais: práticas inovadoras de integralidade na atenção e no cuidado saúde

Nas duas últimas décadas, o sistema de saúde brasileiro passou por profundas transformações em suas constituições política, jurídica e organizacional, com expressiva expansão da assistência médica oferecida à população. Tais transformações têm possibilitado a implementação de propostas inovadoras na gestão dos serviços de saúde, entre as quais se destaca a inclusão das medicinas não-convencionais.

As chamadas medicinas não-convencionais vêm sendo freqüentemente apontadas como práticas terapêuticas alternativas no tratamento dos indivíduos, sendo incorporadas progressivamente à organização da prestação de assistência médica à população. O baixo custo no tratamento e a pouca efetividade da medicina convencional têm sido citados como os principais motivos da crescente inserção dessas práticas nos serviços públicos de saúde, sendo a homeopatia a prática terapêutica que mais se destacou nos últimos dez anos (Luz, 1996).

É verdade que a homeopatia vem ocupando lugar de destaque no desenvolvimento de práticas terapêuticas alternativas, na reorganização do sistema de saúde. Contudo, conquistar um espaço num setor como o da saúde, em que a visão médica técnico-científica é dominante, não tem sido uma tarefa fácil do ponto de vista histórico-institucional (Luz, 1996).

Contudo, a partir de 1985, o crescimento e a busca dessa prática terapêutica ganharam a adesão de instituições públicas de assistência médica e da academia, através da assinatura de um convênio pluriinstitucional celebrado entre INAMPS, FIOCRUZ, UERJ e IHB. Isto possibilitou uma ação conjunta na institucionalização da homeopatia nos serviços públicos de saúde.

A introdução da prática homeopática nos serviços públicos foi entendida como uma proposta de universalização da assistência médica, como direito de escolha, da parte dos usuários dos serviços, do tipo de tratamento preferido, como direito de cidadania a ser garantido ao paciente (Biocchini *et al.*, 1987). Essa compreensão resultou num conjunto de recomendações apresentadas à VIII Conferência Nacional de Saúde que incluíam propostas e alternativas no campo da formação de recursos humanos em homeopatia, no campo da produção de meios terapêuticos, sobretudo o estímulo à oficialização das demais práticas terapêuticas alternativas junto às entidades de deontologia médica, discutindo-se sua utilização ambulatorial.

Não obstante as grandes transformações introduzidas no sistema de saúde na década de 80, a oficialização da homeopatia, assim como de outras iniciativas inovadoras, não ficaria imune à cultura política do Estado brasileiro. Com os obstáculos institucionais surgidos, não se conseguiu que a medicina homeopática ganhasse a adesão de gestores de serviços. Todavia, Luz relata que várias coordenadorias locais de programas de terapias alternativas foram sendo criadas nos estados da Federação durante os anos 80, com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e principalmente após o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) (Luz, 1996).

Hoje está clara a crescente incorporação de sistemas terapêuticos alternativos nos serviços públicos de saúde. Esta ação tem sido entendida pelos formuladores de políticas como uma das formas de garantir a universalização da assistência médica, por meio da garantia de escolha, pelo usuário, de seu tratamento. Tal ato significaria assegurar ao usuário o exercício da cidadania.

Apesar de a expansão da oferta da assistência médica ter ocorrido de maneira intensa, existem limitações intrínsecas a esse processo, na resposta às necessidades e demandas básicas do conjunto da população. Isso pode ser verificado quando se observam dados quantitativos e qualitativos. De um lado, os indicadores socioeconômicos e sanitários demonstram o baixo nível de resolutividade do sistema, quando comparados com os padrões considerados essenciais para a vida de um cidadão. Por outro, uma visível insatisfação por parte dos próprios médicos quanto ao seu papel na cura do indivíduo, sobretudo na sua capacidade de resolução de um agravo (Cohn *et al.*, 1992).

Essas evidências (sistemas poucos resolutivos e insatisfação do profissional médico) permitem-nos afirmar que é na *organização das práticas de saúde* que se desenham alguns condicionantes da oferta de serviços de saúde. Esses se relacionam aos modelos adotados pela prática médica, os quais refletem diretamente na formulação e na implementação dos serviços de saúde.

Por outro lado, não se pode deixar de mencionar que a constituição de demanda por serviços de assistência médica é elemento importante na organização das práticas de saúde. Para apreendê-la, é necessário compreender como as práticas de saúde e os modelos adotados para sua realização (se assim o for) se relacionam, e quais atores estão envolvidos na relação com a oferta dos serviços de saúde. Essa tarefa por si só exige não somente identificar as demandas existentes por assistência médica, mas também

perceber sua dinâmica, entendida como resultante de práticas institucionais e individuais num campo específico de produção de bens e serviços, neste caso, a saúde.

A demanda (aqui examinada no contexto da saúde) é um conceito histórico, particular à economia de mercado, ligado a esta e restrito ao poder aquisitivo individual. Ou seja, demanda é a quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em determinado período de tempo, consideradas suas restrições orçamentárias. Nesta definição incluem-se dois aspectos interessantes: o desejo, retratado por preferências, e o montante de recursos que possuímos, como elementos básicos analisáveis no estudo de tais demandas (Iunes, 1995). Já a oferta corresponderia, justamente, aos serviços previstos para cobrir a população, segundo os recursos existentes. Contudo, existe consenso, entre vários autores, de que o conceito de *demanda de saúde* requer, no mínimo, algumas “adaptações” à vertente econômica inerentes ao setor.

Arrow (1993 *apud* Iunes, 1995), por exemplo, argumenta que o setor saúde possui características importantes que o diferenciam da economia e limitam sua descrição, tal como as especialidades econômicas. No campo da saúde, essas características envolvem pelo menos três atores distintos, que se inter-relacionam influenciando decisivamente a construção de demandas: o indivíduo, o profissional médico e a instituição, aqui representada pelo gestor do sistema de saúde local. Portanto, identificar somente esses atores não torna a relação menos complexa. Ao contrário, verifica-se a existência de universos diferenciados, com pontos de vistas diferenciados, que, na grande maioria das vezes, são invisíveis ao “olhar” econômico.

Para o indivíduo, a demanda por saúde é irregular e imprevisível. Isto é, ninguém sabe exatamente quando e com que frequência vamos necessitar de atenção médica. De modo que “a demanda por atenção à saúde ocorre em uma circunstância anormal – doença –, o que pode comprometer a racionalidade da decisão daquele que faz uso deste serviço, o usuário do sistema, o consumidor em potencial” (Iunes, 1995, p. 117).

Contudo, ao se olhar a questão da doença apenas pela lógica econômica, há grande possibilidade de a análise recair, muito mais, na naturalização das relações entre saúde e sociedade, do que para a busca do reconhecimento e da compreensão das causas da formação das demandas por saúde no contexto social, político e cultural em que estão inseridas. Ora, estamos diante de uma sociedade verdadeiramente medicalizada, onde as pessoas são vistas como doentes potenciais. Ou seja, prevenir o indivíduo

de uma doença, assim como tratá-lo de um mal específico, pode ser visto como *ação natural*, que tende a desconsiderar os aspectos socioculturais (até mesmo políticos) como elementos explicativos de utilização dos serviços de saúde pela população, assim como a formação de suas demandas.

Além disso, consumir serviços de saúde pode significar um risco, o que não é geralmente mensurável, pois o paciente, diferentemente da situação abstrata do mercado, não pode servir de campo de aprendizagem para novas tentativas de acerto, como alega Iunes (1995). No caso da atenção médica, não há garantia de que uma bem-sucedida intervenção cirúrgica, por exemplo, se repita da mesma maneira, ainda que sob os cuidados da mesma equipe médica. Seguramente essas condições requerem um conjunto de fatores que são próprios ao profissional médico. Iunes cita como exemplos o sentimento altruísta da profissão de curar – medicina – e sua ética. Isto é, a ética médica que dita a conduta terapêutica, que por sua vez deve ser determinada pelas necessidades do paciente, independentemente, portanto, de sua capacidade econômica de pagamento.

Tal afirmação parece referir-se a uma medicina voltada para “a arte de curar”, que certamente marca a forma de relação entre médico e paciente, sendo um princípio norteador dos órgãos de formação médica, pelo menos até a primeira metade deste século. Posteriormente, a situação modificou-se no próprio aparelho formador (escola médica), que, por meio de reformas curriculares enaltecidas da especialização, acabou por valorizar cada vez mais o arsenal tecnológico, empregando-se como principal forma de estabelecimento de diagnoses.

Não há que se desconsiderar, portanto, que numa lógica de mercado a incorporação tecnológica evidencia um ambiente de pressões junto a interesses institucionais (médicos e não-médicos) que influenciam na própria relação médico-paciente, num processo social que tem raízes políticas, culturais e econômicas.

Iunes esmiuça a questão, ao destacar que o “mercado branco” – da atenção médica – é caracterizado pela discriminação de preços para um mesmo tipo de serviços e, portanto para um mesmo custo. É comum observarmos médicos, aqui no Brasil, definirem seus honorários em termos de proporção da conta hospitalar, ou no caso de procedimentos que envolvam, por exemplo, o cirurgião, definir seu preço em função de seus honorários. Vale lembrar que a relação entre médico e paciente se estrutura também sobre o reconhecimento, por ambas as partes, de seus potenciais de intervenção nessa relação (Iunes, 1995).

Baseando-se nestas características, Iunes aponta para relações entre demanda e oferta no setor saúde. Assim, a doença surge como algo imprevisível, incontável, de consumo pouco estimado, referindo-se principalmente a fatores condicionantes da demanda. Mas a crença também é um valor na relação entre médicos e prestadores, que afeta tanto usuários como prestadores de serviços de saúde, pois, se não existir confiança, o usuário não procurará os serviços. Conseqüentemente, os prestadores não terão a quem oferecê-los (Iunes, 1995).

Com relação à oferta, constata-se os seguintes fatores: competição entre médicos, discriminação das práticas de profissionais não-médicos (entre elas as próprias práticas alternativas) e o do custo (a questão dos honorários aviltantes no setor privado). Quanto ao relacionamento entre médico e paciente, há reconhecida diferença de conhecimento entre eles, a favor dos primeiros, o que abre a possibilidade de induções na demanda.

Neste sentido, vale ressaltar que a dimensão do cuidado em saúde oscila entre a objetividade de sua oferta e a subjetividade de sua demanda, sendo esta o verdadeiro mote do processo de formulação das políticas de saúde e, possivelmente, da forma de expansão dos serviços médicos na rede pública. Isto não quer dizer que a objetividade, transmutada em cálculos econômicos objetivos, não influencie a tomada de decisões fora dos consultórios ou dentro deles. Ao contrário, pensa-se que discutir a formação de demandas e necessidades de atenção médica de uma população, sobretudo examinar sua expansão, requer uma análise do inter-relacionamento entre normas e práticas que norteiam os atores (indivíduo, médico e instituição) que formulam e implementam as políticas de saúde, seja de uma localidade, seja de um estado ou país.

Como, porém, tal redimensionamento não se reduz a meros atos técnicos, a possibilidade de constituir esses modelos seguramente dependerá da reorganização das práticas de saúde, o que envolverá elementos da organização histórico-social da produção dos serviços de saúde, sua relação com a demanda e as necessidades da população.

Compreender este relacionamento, todavia, não é tarefa fácil. Envolve um conjunto complexo de valores, representações, padrões culturais e práticas gerado por vários sujeitos sociais – usuários, profissionais de saúde, agentes governamentais e institucionais – que, interagindo no seu cotidiano, reproduzem mecanismos diferenciados de enfrentamento dos problemas de saúde e doenças a que estão submetidos. Assim, há de se ter claro que a apreensão dessas relações entre práticas (através da oferta de

serviços), necessidades e demandas variará com as concepções de saúde e doença de cada ator envolvido, seja usuário, médico ou dirigente (Silva e Formigli, 1994).

Tais concepções permeiam o imaginário coletivo e individual na possível consolidação de uma racionalidade plural em saúde. Talvez a racionalidade do consumidor perante a saúde, que Iunes apontou em seu texto, não se aproxime do significado de saúde e doença adotado pelo usuário.

A existência de sistemas alternativos no conjunto de práticas proposto por novos modelos acaba por introduzir outras racionalidades em saúde. Enquanto a racionalidade médica contemporânea, que possui uma visão analítico-mecanicista baseada na causalidade da doença, propõe uma *medicina das doenças*, os sistemas alternativos se caracterizam pela busca do *equilíbrio em saúde* e para a cura do indivíduo.

Deve-se frisar que é na organização das práticas de saúde que se desenhem alguns dos condicionantes da oferta dos serviços. Afinal, esta dicotomia possui íntima relação com os modelos adotados pelas práticas médicas. Gonçalves (1994) aponta para a existência de dois modelos tecnológicos no interior do setor saúde: a clínica e a saúde pública – epidemiologia. No primeiro, a ação deverá ser efetuada individualmente, a cada vez de novo. Já as ações de saúde pública só poderão ser realizadas mediante dispendiosos, amplos e complexos inquéritos populacionais, que tendem a se incorporar ao conhecimento sob a forma de saber, tendendo para a burocratização no plano do processo de trabalho.

Parece-nos evidente a importância da realização de estudos que incluam as práticas como elementos de investigação no campo da saúde. A práxis destaca-se no processo de pesquisa, não como um campo de experimentação, mas como autora de eventos e fatos sociais, de representações e de comportamentos sociais, condicionando tanto sua reprodução, como a construção de uma realidade mais ampla em saúde. Uma realidade que se traduz em força de trabalho, se concretiza no cotidiano dos serviços oferecidos à população e muitas vezes se revela como o avesso dos modelos tradicionais de organização da assistência.

De qualquer forma, os dois modelos abarcam um conjunto de representações e ações nas suas estratégias de intervenção, que, em grande medida, remetem à dicotomia anteriormente analisada. Através desse conjunto se consolidam formas (por vezes contraditórias) de organização do trabalho em saúde (Gonçalves, 1994; Camargo Jr., 1994). Há, portanto, que se admitir a possibilidade de que a ação desses atores sociais seja

um instrumento de modelagem da ação (cotidiano) nos serviços e sua noção inversa, isto é, a possibilidade de se pensar a ação como portadora de um sentido, caracterizaria um “modo de vida” dos serviços.

Tal percepção permite apreender, também, as diferenciações objetivadas no interior da prática institucional no que diz respeito à assistência médica, como a incorporação institucional da medicina não-convencional como prática terapêutica alternativa.

Levando-se em consideração a expansão da assistência médica nos serviços ambulatoriais, nas duas últimas décadas, a incorporação de várias modalidades – incluindo-se aqui a medicina não-convencional nos serviços públicos de saúde –, vêm à tona outros questionamentos para essa discussão, seja com relação a sua forma de intervir no processo saúde e doença individual, seja com relação à sua eficácia e efetividade no planejamento e gestão dos serviços de saúde públicos.

Ora, o processo de medicalização da sociedade brasileira tem na medicina convencional (ou contemporânea) o seu fio condutor e indutor, sendo por muitas vezes caracterizada como uma medicina que despersonaliza o indivíduo, face ao seu caráter curativo, ou mesmo preventivo, através da ênfase na doença. A oferta e a demanda por atenção médica têm sido, ao longo desses anos, planejadas e organizadas, na prestação de seus serviços, predominantemente dentro dessa lógica. Logo, é possível supor que a existência de práticas terapêuticas alternativas tenderia a produzir resultados mais satisfatórios que as práticas médicas tradicionais, seja para o usuário, seja para a instituição, ou até mesmo para o próprio profissional médico e de saúde.

É importante frisar que a tríade indivíduo/médico/instituição é capaz de não só mostrar a existência de diferenças conceituais, sociais e culturais muitas vezes expressivas, mas também um universo simbólico dinâmico com outras interseções, influenciando de maneira decisiva a relação entre demanda e oferta, sobretudo entre clientela e gestor. Não obstante esta afirmação, San Martin (1994) lembra que estes três conceitos não se recobrem entre si. Desta forma, algumas necessidades de saúde não são objeto de demanda; outras não são satisfeitas pelos serviços; outras não correspondem a necessidades reais da população e sim a necessidades institucionais.

Outro motivo que tem sido apontado como fator determinante na incorporação de práticas terapêuticas alternativas, no processo de expansão das medicinas nos serviços de saúde, são os objetos de sua intervenção.

Mais especificamente, a medicina ocidental contemporânea, que traz uma trajetória assentada sobretudo no combate e na erradicação/eliminação da doença, através da identificação de patologias (Camargo Jr., 1993). Diferentemente da medicina convencional, as medicinas não-convencionais – medicina homeopática, medicina tradicional chinesa e ayurvédica – têm como objeto não a doença, mas o sujeito desequilibrado (“doente”), portanto o indivíduo na sua totalidade, preocupando-se essencialmente com o restabelecimento, ou mesmo a ampliação de sua saúde (Luz, 1993).

É bem verdade que, no mundo ocidental, existe a tendência a naturalizar os conhecimentos baseados nas ciências, isto é, a tratá-los como se não tivessem origens sociais, ou como se essas origens (históricas, culturais e imaginárias) não impregnassem permanentemente o desenvolvimento, até o presente, dos saberes ligados à ciência (Luz, 1988).

Tomando como base de argumentação o conceito de racionalidade médica formulado por Luz (1996), é possível apontar que a forma como vem ocorrendo a incorporação de práticas terapêuticas não-convencionais nos espaços institucionais públicos pode apresentar pontos semelhantes, ou mesmo de interseção, em sua formulação e implementação, quando comparadas com as formas tradicionais de tratamento.

Em que pese a distinção entre os princípios doutrinários das diversas racionalidades (no caso da biomedicina, é a doença a categoria central de análise, e nas práticas terapêuticas alternativas é o indivíduo doente), a medicina é capaz de manter na sua base valores, interesses e investimentos de desejo, que se entrecruzam constantemente com o conjunto de representações, concepções e teorizações que a definem como racionalidade (Luz, 1996).

Esta constatação está presente nos relatórios da primeira fase da pesquisa de Luz (1996), quando a autora afirma que, em termos teóricos, existem incoerências entre saber e prática, diagnose e terapêutica, doutrina médica e agir médico, nas diferentes racionalidades médicas, independentemente do sistema médico utilizado e seu paradigma terapêutico – biomedicina, homeopatia, medicina tradicional chinesa e ayurvédica. O importante diferencial entre essas medicinas encontra-se, justamente, em suas formas de tratar o sujeito doente, isto é, resumidamente, entre o que é considerado ciência médica (traço dominante da prática terapêutica da biomedicina – medicina científica) e a arte de curar (traço dominante das práticas terapêuticas ditas alternativas).

Esse diferencial tem importância teórica numa análise comparada de sistemas médicos complexos, em que as racionalidades médicas tendem a ser normativas, estabelecendo regras para o funcionamento ideal para a organização do corpo e da vida humana. Verifica-se que o ser humano não é socialmente livre para determinar o que é melhor para a manutenção e o restabelecimento de sua saúde, ou mesmo para conduzir o destino de seu corpo (Luz, 1996). Na verdade, é o médico a figura socialmente legitimada para traçar o destino dos corpos, independentemente da origem do sistema médico que o atende.

Ao mesmo tempo, têm sido observados diferenciais no que diz respeito às formas de atendimento das medicinas (convencional e não-convencional). Isto é, o processo de atendimento e a eficácia dessas medicinas apresentam-se diretamente relacionados com o desempenho dos terapeutas e das terapêuticas, que, por sua vez, não deixam de se submeter aos limites institucionais impostos pela lógica que estrutura os serviços de saúde. Por outro lado, esses serviços encontram-se balizados por um arsenal diagnóstico e de tratamento específico a cada uma das práticas terapêuticas, sendo mantidos por instituições ou mesmo corporações responsáveis por sua disseminação na sociedade (Luz, 1996).

Introduzir mudanças nos modelos propostos aos serviços de saúde significa, também, tratar de representações e interesses corporativos da racionalidade médica dominante, que tendem, por exemplo, à priorização da especialização e da tecnologia, com reificação da intervenção farmacológica para resolução dos problemas de saúde (Camargo Jr., 1994).

É preciso, por outro lado, superar os limites da busca de objetividade e incluir a subjetividade dos indivíduos nas discussões, procurando desfazer os nós daquilo que é irredutível à racionalidade (do *homo economicus*) nas atividades de caráter coletivo, sobretudo na organização social da produção de bens de consumo, neste caso os serviços de saúde.

Isto significa, a nosso ver, retomar a práxis como campo de conhecimento para entender a mediação entre agente social e sociedade, através do reconhecimento da existência de relações dialéticas entre a objetividade do conhecimento construído pelos atores envolvidos e subjetividade dos arranjos estruturados nas quais essas relações se renovam e se multiplicam (Bourdieu, 1992). Enfim, trata-se de delinear um novo modo de produção dos serviços de saúde, neste caso a assistência médica, que leve em consideração essa complexidade. Equivale a dizer que compreender a construção das próprias demandas – por parte da população, como dos

agentes envolvidos com a oferta de serviços: gerentes e agentes da cura (médicos) – requer uma análise capaz de identificar não somente os agentes envolvidos e suas práticas, mas também considerar e apreender as representações sociais presentes neste contexto.

Mais especificamente, no que se refere à gestão em saúde, é preciso democratizar o processo de trabalho na organização dos serviços, horizontalizando saberes, promovendo as atividades multiprofissionais e interdisciplinares, incorporando a renovação das práticas de saúde, numa perspectiva de integralidade em que a valorização da atenção e do cuidado desponta como dimensão básica para a política de saúde, que se desenvolve ativamente no cotidiano dos serviços. Estas propostas ensejam forte associação entre recursos humanos, materiais e informacionais e financeiros, considerando o sujeito usuário como centro e objetivo de suas atividades.

A opção de apresentar as medicinas não-convencionais como exemplo de prática inovadora voltada para a integralidade parte do pressuposto de que as racionalidades médicas alternativas podem ser complementares à medicina convencional e não suas opositoras. Ao contrário, de acordo com Lacerda e Valla (2002) e Machado e Pinheiro (2002), a homeopatia, assim como o apoio social, podem fornecer subsídios teórico-práticos para repensar as práticas de cuidado e atenção integral à saúde no campo saúde pública, na medida em que os conceitos homeopáticos de saúde e doença, cura e individualização apontam para uma prática centrada no sujeito doente e seu cuidado, além de suscitar o surgimento de valores sociais baseados na solidariedade e na fé.

Encerramos este artigo ressaltando a preocupação de técnicos e pesquisadores em buscar alternativas inovadoras para a gestão de serviços, bem como para a institucionalização de práticas terapêuticas não-convencionais, permitindo que a clientela escolha o tratamento que deseja receber.

Por fim, é necessário reconhecer a transversalidade dos aspectos culturais naquilo que essas culturas (ocidental e oriental) podem ter de melhor a oferecer para a compreensão da realidade de saúde das populações. É condição vital, neste sentido, eliminar os desencontros entre médico e paciente, serviço e paciente e médicos e serviços.

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, C. *As reformas sanitárias nos anos 80: crise ou transição?* Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995.
- BIOCCHINI, J.; LUZ, M. T.; FERREIRA, M. V.; ZIBECCHI, M. E. As práticas alternativas na reformulação do sistema de saúde. Contribuição para a VII Conferência Nacional de Saúde. In: LUZ, M. (Org.). *A questão da homeopatia*. Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz, 1987.
- BOLTANSKI, L. *As classes sociais e os corpos*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- BOURDIEU, P. Esboço de uma teoria prática. In: ORTIZ, R. *Pierre Bourdieu*. Rio de Janeiro: Ática, 1982 (Coleção *Pensadores das Ciências Sociais*).
- BOZI, M. L. Cidadania, participação e saúde na visão dos profissionais do setor de serviços. Um estudo de caso na rede pública de serviços. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, n. 4, p. 446-456, out.-dez., 1994
- BUSS, P.; LABRA, E. *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- CAMARGO JR., K. R. *Ciências da AIDS e a AIDS da ciência*. O discurso médico e a construção da AIDS. Rio de Janeiro: Relumê Dumarã, 1994.
- CAMARGO JR., K. R. *Racionalidades médicas: Medicina ocidental contemporânea*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993 (Série *Estudos em Saúde Coletiva* n. 65).
- CAMARGO, JR K. A biomedicina. Análise dos relatórios da segunda fase do Projeto Racionalidades Médicas. In: LUZ, M. T. (Org.). *VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas: Medicina Ocidental Contemporânea*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997, p. 2-15 (Série *Estudos em Saúde Coletiva* n. 168).
- CAMPOS, G. W. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CAMPOS, G. W. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. *et al.* (Org.). *Inventando a mudança*. São Paulo: Hucitec, 1994 (*Saúde em Debate* n. 73. Série Didática).
- CAMPOS, G. W. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

- CANESQUI, A. M. Consumo e avaliação dos serviços de saúde In: COHN, A. *et al.* (Org). *Pesquisa social em saúde*. São Paulo: Cortez, 1992.
- CECÍLIO, L. C. O. *et al.* (Org.). *Inventando a mudança*. São Paulo: Hucitec, 1994 (*Saúde em Debate* n. 73. Série Didática).
- COHN, A. A saúde e cidadania: análise de uma experiência de gestão local. In . EIBENSCHUTZ, C. (Org.). *Política de Saúde: o público e o privado*, 1992, p. 312-326.
- COHN, A. Notas sobre Estado, políticas públicas e saúde. In: GERSHMAN, S.; VIANA, M. L. W. *A miragem da pós-modernidade*. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- CONH, A. *Saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez. 19914.
- GERSHMAN, S.; VIANA, M. L. W. *A miragem da pós-modernidade*. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- GONÇALVES, R. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho numa rede estadual de centros de saúde em São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- IUNES, R. F. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANA, S. M. *Economia da saúde*. Rio de Janeiro: IPEA, 1995.
- JULLIEN, F. Les yeux fixes sur le modèle. In: JULLIEN, F. *Traité de l'efficacité*. Paris: Bernard Grasset, 1996.
- LEVCOVITZ, E. Da NOB 91 à NOB 96. In: MINISTÉRIO DA SAUDE. *X Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: MS/CNS, 1996.
- LEVCOVITZ, E. *Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas das políticas de saúde – 1974-1996*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.
- LOYOLA, M. A. *Médicos e curandeiros*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- LUZ, M. T. *A arte da cura versus a ciência das doenças: A história social da homeopatia no Brasil (1840-1990)*. São Paulo: Dynamis Editorial, 1996.
- LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: Novos paradigmas em saúde no fim do século XX. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências sociais em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

LUZ, M. T. *Natural, racional e social*. Razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LUZ, M. T. *Racionalidades médicas e a terapêutica alternativa*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993 (Série *Estudos em Saúde Coletiva* n. 62).

LUZ, M. T. *Relatório do V Seminário do Projeto Racionalidades Médicas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1996 (Série *Estudos em Saúde Coletiva* n. 136).

MENDES, E. V. *et al.* (Org.). *Distritos sanitários: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDES, E.V. *Uma agenda pra saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MOYSES, S. J. “Saudicidade”: do neologismo à implantação das práticas intersetoriais de promoção de saúde. *Revista Nesci Saúde*, v. 4, n. 4, p. 11-13, 1994.

NETO, P. I. La reforma del sector salud. *Rev. Educación Médica y Salud*, n. 3-4, 1995.

PINHEIRO, R. *Modelos ideais x práticas eficazes: um desencontro entre gestores e clientela nos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999 (Série *Estudos em Saúde Coletiva* n. 191).

SAN MARTIN, H.; PASTOR, V. *Salud comunitaria, teoria y práctica*. Madrid: Díaz Santos, 1994.

SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

TESTA, M. *Pensamento estratégico e a lógica da programação*. O caso da saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

VIANA, M. L. W. Entraves à descentralização e propostas de mudanças. In: AFFONSO, R. B. A; SILVA, P. L. B (Org.). *Descentralização e política social*. São Paulo: Fundap, 1996 (Coletânea *Federalismo no Brasil*).

WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Pioneira, 1996.

WEBER, M. *Economia y sociedad*. Esbozo de sociologia comprensiva. México: Fondo de Cultura Económica, 1978.

Notas

- 1 Este texto é uma versão atualizada e modificada do artigo “Modelos ideais x práticas eficazes - um desencontro entre gestores e clientela nos serviços de saúde” (Pinheiro, 1999), como parte da pesquisa de doutorado em Saúde Coletiva desenvolvida no Grupo de Pesquisa Racionalidades Médicas, coordenado por Madel T. Luz.
- 2 Professora visitante do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS/UERJ e responsável pelo Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde, que conta com apoio de CNPq e FAPERJ.
- 3 Professora titular do Departamento de Políticas e Instituições de Saúde do IMS/UERJ. Coordenadora do grupo de pesquisadores do CNPq Racionalidades Médicas.
- 4 A reflexão de Weber tem como campo de estudo a cultura. Em que pese as críticas feitas por K. Marx ao capitalismo, sobretudo em *O capital*, Weber não refuta a abordagem econômica realizada por Marx. Contudo, justifica a necessidade de ultrapassar os limites do tratamento econômico na análise do capitalismo, através da compreensão e não da interpretação da história e da vida das pessoas. Afirma Weber: “não adianta discutirmos somente sobre o econômico em si, pois não tem significado algum se não tiver espírito” (Weber, 1993, p.17).
- 5 A definição legal e institucional de integralidade é “um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema” (Ministério da Saúde – NOB 96 Brasília: Ministério da Saúde, 1996)
- 6 Nos últimos cinco anos ocorreu um boom editorial de livros, periódicos, teses e dissertações sobre o tema. Algumas se encontram na bibliografia deste trabalho.
- 7 Levcovitz cita os seguintes instrumentais de condução das políticas públicas: programação físico-financeira, orçamentação, elaboração de planos, projetos e relatórios de avaliação (Levcovitz, 1997).
- 8 Ver o artigo “Uncertainty and the welfare economics of medical care” (apud Iunes, 1995).

Um Ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade

KENNETH ROCHEL DE CAMARGO JR.¹

Este texto apresenta um momento de um diálogo em andamento. Um diálogo de muitas vozes, possibilitado pelas atividades desenvolvidas pelo projeto *Integralidade*. Dentre essas vozes, destacamos a da coordenadora do projeto, Roseni Pinheiro, e a dos demais participantes das atividades, em particular Ruben Mattos, Madel Luz, José Ricardo Ayres e Naomar de Almeida Filho. Sendo esse diálogo um processo em curso, as idéias aqui apresentadas estão em estado de fluxo, e a forma mais adequada de apresentá-las nos pareceu ser a do ensaio.

Este ensaio está dividido em duas partes. Na primeira, abordamos, de um ponto de vista conceitual, a noção de integralidade; na segunda, discutimos o contexto de emergência desta noção no presente.

1. De que “integralidade” estamos falando?

Uma das características mais significativas da Saúde Coletiva, tomada como campo disciplinar, é a convivência entre a intervenção e a reflexão, dimensões sinalizadas no jargão do campo como “serviço” e “academia”. Essa convivência, nem sempre harmônica, mas sem dúvida fértil para as duas áreas, impõe demandas adicionais ao debate. Particularmente no que diz respeito à atuação no campo político, é fundamental reconhecer que, ainda que um movimento de fertilização cruzada seja desejável e mesmo inevitável, é impossível a redução de um ao outro – num extremo tem-se a dominação tecnocrática da política; no outro, o voluntarismo, que tem em Lyssenko um dos seus mais tristes exemplos.

Sendo assim, não se pode exigir, por exemplo, da ação política o mesmo rigor conceitual que se exige da produção acadêmica; certas idéias-força, mesmo que mal-definidas (ou às vezes precisamente por conta disso

– pensemos no papel político de palavras como “liberdade” ou “democracia”), têm a capacidade de aglutinar apoios em direção à mudança desejada. Mas esta ressalva não deveria servir como pretexto para o abandono do rigor, em qualquer das duas esferas em questão. Periodicamente, vemos surgir rubricas conceituais – “cuidados primários em saúde”, “medicina comunitária”, “saúde da família” – que, em que pese seu potencial na demarcação e encaminhamento de soluções para problemas relevantes, tornam-se progressivamente inócuas política e academicamente. Se uma dada expressão pode ter quase que literalmente qualquer significado, qual a utilidade de qualquer acordo que dela decorra?

Esse é um problema agravado pela existência, no cerne mesmo de disciplinas duras que alicerçam o campo, de categorias igualmente (ou mais) problemáticas, a começar da tão decantada “saúde”. A indefinição acerca dela nos coloca, profissionais da área de Saúde Coletiva, na incômoda posição de propor um objetivo jamais tornado claro.

Fica nítida, portanto, a necessidade da precisão dos termos empregados como pré-condição para o debate, e é neste sentido que procuramos encaminhar nossa contribuição. O fato de adotar aqui uma perspectiva teórica não significa que esta tenha precedência, mas reflete simplesmente nossa própria inserção e possibilidade de contribuir para a discussão.

No que diz respeito às análises sobre a saúde, essa indeterminação de sentido traz dois problemas. Por um lado, temos o potencial açambarcamento de toda a experiência humana sob a rubrica “saúde”. Um exemplo, ainda que caricatural, pode ajudar a esclarecer este ponto. Vários estudos já mostraram que a perda do emprego constitui-se em situação de risco para vários tipos de problemas de saúde. Sendo assim, por absurdo, poderíamos propor que a política industrial e a legislação trabalhista caíssem sob a esfera de influência da saúde. O mesmo poderia ser dito da educação, do transporte, da alimentação, da habitação e assim por diante, fazendo com que “saúde” passasse a significar qualquer coisa – e portanto, na verdade, coisa nenhuma. O expansionismo semântico desse “imperialismo sanitário”, portanto, deve ser contido.

Quanto ao tema desta reflexão, é forçoso reconhecer que *integralidade* é uma palavra que não pode nem ao menos ser chamada de conceito. Na melhor das hipóteses, é uma rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas. Pode-se identificar, *grosso modo*, um conjunto de tradições argumentativas que desembocam nesse

agregado semântico: por um lado, um discurso propagado por organismos internacionais, ligado às idéias de atenção primária e de promoção de saúde; por outro, a própria demarcação de princípios identificada em pontos esparsos da documentação oficial das propostas de programas mais recentes do Ministério da Saúde em nosso país; por fim, nas críticas e proposições sobre a assistência à saúde de alguns autores acadêmicos em nosso meio. Essa não-definição talvez explique, ainda, mesmo que parcialmente, a clara escassez bibliográfica sobre o tema.

Em meio a esse aglomerado de significados, idéias sedutoras, como a “integralidade dos cuidados” e a similar preocupação com a “totalidade”, trazem implicações indesejáveis para as quais em geral não se atenta. Deve-se interrogar se é possível, ou mesmo desejável, um tipo de atenção que se dirija à totalidade das necessidades de um ser humano. A contrapartida é o risco de um grau de controle sem precedentes, de perda de autonomia, uma medicalização também integral.

Uma forma tradicional de tentar limitar tais intervenções é invocar as “reais necessidades de saúde da população”, ou a “demanda por atenção à saúde”. Aqui também há algumas questões conceituais que devem ser registradas. O que chamamos de “demanda” representa, na verdade, o resultado de uma interação complexa entre um grande número de fatores, entre os quais a demanda por atenção médica propriamente dita. Supondo-se uma população qualquer de uma determinada localidade, pode-se imaginar uma demanda espontânea condicionada pelos agravos à saúde existentes naquela população. A primeira interferência já neste momento seria dada pela percepção, culturalmente determinada, de que alguns problemas mereceriam atenção médica e outros poderiam ser enfrentados com os recursos à mão.

Tal decisão seria fortemente influenciada por uma segunda ordem de determinantes, ligados à configuração de serviços de atenção à saúde (tomados aqui numa acepção ampla, podendo incluir até mesmo os concorrentes da medicina “oficial”) disponível para aquela população. Este aspecto, por sua vez, também é superdeterminado por fatores de ordem econômica.

Parece necessário procurar outro caminho para a reflexão crítica. Seguindo Canguilhem (1982), propomos como ponto de partida a constatação de que pessoas sofrem e buscam cuidado. É claro que tal constatação não é nunca tão simples como possa parecer, e é evidente que podemos pensar o sofrimento como uma construção cultural, sujeita a intensas variações

em diferentes tempos e lugares. Mas, para o sujeito que sofre, essa é uma experiência concreta, primária, que não admite negociação. Quando esse sujeito busca formas específicas de cuidado, procurando a atenção médica, antes que qualquer médico formule um diagnóstico, ele próprio já se considera na condição de paciente. Da percepção desse sofrimento, na interação com os códigos culturais para seu entendimento e apresentação, e dos recursos tecnológicos disponíveis, surge a demanda por serviços de saúde. Ou seja, as dimensões do sofrimento (demanda) e da atenção (oferta) são dialeticamente *co-produzidas*.

Aqui surge o primeiro obstáculo. As modalidades de atenção, o conhecimento sobre as mesmas, os agentes do cuidado e as diversas instituições que produzem e regulam os elementos anteriores são produto de processos históricos entrelaçados, num processo de constante reelaboração e rearticulação, produzindo o que, num corte transversal, convencionou-se chamar, nas sociedades modernas, de *complexo médico-industrial* (CMI). Isto equivale a dizer que o retrato da atenção à saúde num dado instante é resultado de processos constantes, que se ajustam uns aos outros, e a superação das insuficiências percebidas não se dará pela produção de pequenos ajustes em pontos isolados desse sistema.

Mais concretamente, no interior dos elementos constituintes do CMI, há importantes obstáculos a propostas de integralidade. O modelo teórico-conceitual que o articula – o da biomedicina – é um obstáculo epistemológico claro. A ênfase nos aspectos biológicos, a perspectiva fragmentada e fragmentadora, a hierarquização implícita de saberes são quase que programaticamente opostas às idéias agregadas sob o rótulo “integralidade”. Além deste, há também obstáculos sociais e institucionais. Médicos, por exemplo, têm uma formação profissional que ainda supõe a prática liberal individual, privada, como horizonte maior. O trabalho nas áreas ambulatoriais não-especializadas e/ou ou nos programas de saúde da família é visto como tarefa menor, que é desvalorizada pela corporação. Práticas concretas, portanto, também se opõem aos modelos ideais da integralidade.

Adicionalmente, dada a abrangência dos chamados “problemas de saúde”, existem limites *a priori* para a eficácia de uma política setorial – ou seja, políticas exclusivamente de saúde, mesmo definidas amplamente (e a não ser que se caia no exagero já criticado neste texto), não são suficientes para dar conta de tais problemas. “Problemas de saúde” – outro aranzel semântico – agregam uma multiplicidade de desafios, complexos,

que demandam diferentes níveis de abordagem, tanto na sua descrição quanto no desenho de estratégias de enfrentamento. Biologia molecular, antropologia, epidemiologia, fisiologia, bioquímica, ecologia, geografia – dezenas de disciplinas são necessárias e insubstituíveis nesse percurso. Tal complexidade – e aqui esbarramos de novo noutra expressão desgastada pelo abuso – é irreduzível a qualquer destes níveis; a idéia de uma descrição totalizadora é uma quimera inútil ou perigosa, quando se supõe que foi alcançada.

Mas essas considerações não são um convite ao imobilismo. A partir do desenho de limites, talvez se possa pensar em estratégias mais eficazes de superação dos mesmos. Não se pode de forma alguma perder de vista que essas estratégias se desenham a partir de *práticas concretas*, e o que se pode fazer aqui é no máximo assinalar algumas características genéricas que tais estratégias forçosamente deverão ter.

Preliminarmente, é imperativo reconhecer que indivíduos isolados, ou mesmo categorias profissionais inteiras, são limitados para dar conta de fato do espectro de demandas apresentadas pelos sujeitos que sofrem. Isto coloca o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como necessidade fundamental. É uma estratégia mais exequível e desejável do que a tentativa de criar superprofissionais de saúde, capazes de atenderem a toda e qualquer necessidade da clientela, mesmo as não percebidas.

Por outro lado, a percepção dos limites para a *atuação* não exclui uma *compreensão* abrangente. Parafraseando o lema dos ambientalistas – pensar globalmente, agir localmente – os profissionais de saúde podem e devem ter uma compreensão ampliada dos determinantes do processo de saúde / doença, até para evitar a tentação de atuar para além das fronteiras de sua competência técnica.

Um exemplo concreto talvez permita melhor entendimento deste ponto: já é parte do senso comum que fatores emocionais estão fortemente ligados ao desenvolvimento de várias condições cardiovasculares e à produção de episódios agudos, como angina ou mesmo infartos. Tal compreensão, contudo, se traduz freqüentemente na prescrição de tranqüilizantes, inadequados para o uso crônico. Alternativamente, pode-se imaginar uma situação em que o médico, frente a um paciente com um quadro desse tipo, busque o concurso de outras competências técnicas – e mesmo saberes não-profissionais –, reconhecendo os limites para sua atuação e evitando, ao menos, esta forma de medicalização. Nunca é

demais lembrar, contudo, que para viabilizar tais modalidades de atendimento são necessárias mudanças na organização dos serviços e na própria formação profissional, no mínimo.

Finalmente, voltando à discussão conceitual do termo *integralidade*, o que parece mais adequado neste momento é tomá-lo não como um conceito, mas como um ideal regulador, um devir. Algo como o ideal de objetividade para a investigação científica, impossível de ser plenamente atingido, mas do qual constantemente buscamos nos aproximar. Vê-se, portanto, que num paradoxo ao gosto de Wilde, a integralidade é a um tempo inalcançável e indispensável.

2. Por que a discussão sobre integralidade neste momento?

A questão a ser trabalhada nesta seção se inicia a partir de uma perspectiva foucaultiana – do “primeiro Foucault”, da *Arqueologia do Saber* (Foucault, 1972) – com relação à emergência dos saberes: quais são as condições de possibilidade, as *superfícies de emergência* (para usar sua expressão) de onde surgem as noções de integralidade discutidas na seção anterior?

Olhando-se o contexto da discussão, percebemos que esta se dá como parte de um complexo processo de negociação, que vai da formulação de políticas no nível macro, a partir do Estado, à produção de ações de cuidado de saúde em práticas de (e entre) indivíduos específicos. E surge nesse contexto como expressão de insatisfação com as formas concretas dessas práticas. A noção de integralidade surge de uma lacuna, de um vazio.

Este é um vazio à primeira vista paradoxal. A tecnociência diagnóstica tem sofrido aperfeiçoamentos exponenciais nos últimos cem anos, e a terapêutica, ainda que mais tardiamente, também tem se desenvolvido e apresentado inovações importantes, pelo menos nos últimos cinquenta anos. Dispomos hoje de um conjunto satisfatório de soluções para os problemas designados coletivamente como doença. O que, então, estaria faltando?

Enquanto pensávamos na estratégia mais adequada para expor este argumento, recordamo-nos de um filme, uma comédia, que apresenta o problema com eloquência e humor.

Em 1983, o grupo britânico de humoristas Monty Python² lançou um filme intitulado *The meaning of life* (*O sentido da vida*). Entre os vários esquetes que constituem o filme, um deles, intitulado *The miracle of birth* (*O milagre*

do nascimento), retrata um episódio da vida cotidiana dos hospitais dos grandes centros urbanos, que resumimos a seguir, apenas as passagens essenciais para a presente discussão³.

Dois obstetras, aparentemente entediados, jogam na sala de plantão, quando são interrompidos por uma enfermeira, informando que uma paciente está com contrações freqüentes. Um deles pede à enfermeira que a leve à sala de parto, para onde os médicos se dirigem. Lá chegando, comentam um com o outro o quanto a sala está vazia, e começam a requisitar uma série de aparelhos, designados apenas por siglas e, por último, “a máquina que faz *‘ping’*”. Os equipamentos são colocados na sala de parto, e os médicos, contentes, expressam sua satisfação mas percebem que algo ainda está errado. Após alguns instantes de meditação concentrada, um deles exclama: “A paciente!”, que é então trazida para a sala. Seu marido tenta entrar junto, mas é posto para fora, com o argumento de que apenas pessoas envolvidas podem ficar lá dentro. Logo depois chega o administrador, acompanhado de algumas visitas, e este se mostra particularmente satisfeito com o uso da máquina que faz “*‘ping’*”, a mais cara do hospital, que é alugada da empresa para qual o hospital a vendeu, estando sua despesa incluída na rubrica de custeio, e não de capital.

Algumas instruções rápidas e mecânicas depois, o bebê nasce e é rapidamente mostrado à mãe. Quando esta pergunta “É menino ou menina?”, o médico responde: “É um pouco cedo para começar a impor papéis, não? Agora, um conselho: você pode descobrir que você sofre de um sentimento totalmente irracional de depressão, ‘DPP’, como nós, doutores, o chamamos. Por isso, você vai tomar um monte de remédios, e você poderá saber mais sobre o parto quando chegar em casa. Está disponível em Betamax, VHS e Super8.” Todos se retiram, a parturiente fica só, em meio ao equipamento. De algum ponto da sala, vem o som: “*‘ping!’*”.

Através dessa caricatura, pode-se perceber um impasse fundamental inerente à medicina tecnobiomédica: a sua maior eficácia é alcançada ao se reduzir completamente a experiência do sofrimento ao domínio biológico, mas essa redução se faz ao pesado preço de excluir precisamente tal sofrimento, origem do pedido do cuidado por aquele que sofre, como lembra Blank (1985). É este o obstáculo epistemológico referido na seção precedente. E é nesta direção que se tenta arrastar o cuidado em saúde; a ênfase na idéia de protocolos padronizados caminha na contramão

do projeto apontado na primeira parte deste ensaio, de retomar o sofrimento como categoria central nesta área. Como lembra Berg (1997), a aplicação de protocolos à medicina, por exemplo, só é possível se esta se transforma num conjunto de procedimentos protocolizáveis, cada vez menos atentos, portanto, às expressões individuais de cuidadores e cuidados.

Este é um dos aspectos mais importantes da lacuna a que nos referimos no início da seção. É desta perspectiva que Harrington comenta o papel dos placebos, em lembrar a extensão do domínio abandonado pela aplicação estreita da técnica na terapêutica:

“Uma vez que os placebos, enquanto fenômeno, parecem pairar ambigualmente nas encruzilhadas entre as duas perspectivas [das ciências naturais e a das ciências interpretativas ou hermenêuticas], eles são ao mesmo tempo uma frustração e um maravilhoso desafio. Qualquer que seja o papel adicional desempenhado pelos placebos no mundo da ciência médica, eles certamente funcionam como um poderoso lembrete para pesquisadores e *scholars* conscienciosos de que nossas mentes, cérebros e corpos navegam numa realidade bem mais integrada do que nós, em nossos departamentos acadêmicos insulares, sabemos estudar” (Harrington, 1997, p. 8).

Neste ponto, porém, devemos retomar um aspecto já abordado na primeira seção: as abordagens ditas integrais ou integradoras correm também o risco de sancionar intervenções normalizadoras indesejáveis. O maior desafio talvez seja encontrar o virtuoso caminho do meio, entre a medicalização avassaladora que normaliza a vida dos indivíduos e o exercício de práticas supostamente terapêuticas que os desumanizam. Não há manuais para isto: tentar criar protocolos universais padronizados para tal fim seria um oxímoro. Esta é uma construção do cotidiano, que só será possível na prática de sujeitos que cuidam de outros sujeitos, numa perspectiva ética e emancipatória.

Um exemplo que serve de contraponto, e também como uma ilustração de que há alternativas possíveis, é o relato que Oliver Sacks faz da história de Witty Ticky Ray (Sacks, 1987, p. 92-101), paciente acometido pela Síndrome de La Tourette. Os tiques produzidos pela síndrome comprometiam seu relacionamento com outras pessoas; por outro lado, baterista inspirado, Ray se sentia tolhido em sua arte pelos efeitos do

neuroléptico empregado para controlá-los. A solução encontrada no diálogo entre médico e paciente foi fazer uso da medicação durante os dias úteis da semana, liberando os fins de semana para a plena expressão de sua arte furiosa.

Acreditamos que é desta forma, no cotidiano do exercício de práticas terapêuticas informadas e aparelhadas do ponto de vista técnico e teórico, mas sem estarem dominadas por estes, que se constrói a integralidade desejada.

A alternativa é vagar como sonâmbulos pelos corredores de instituições massificantes, repetindo mecanicamente procedimentos de eficácia relativa, à escuta não de pessoas, mas de máquinas fazendo “ping”.

Referências Bibliográficas

BLANK, N. *O raciocínio clínico e os equipamentos médicos*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro, 1985.

BERG, M. *Rationalizing medical work: decision-support techniques and medical practices*. Cambridge, Massachussets: The MIT Press, 1997.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

CHAPMAN, G. *et al. Monty Python's the meaning of life*. London: Methuen, 1999.

FOUCAULT, M. *The archaeology of knowledge*. New York: Pantheon Books, 1972.

HARRINGTON, A. (ed.) *The placebo effect: an interdisciplinary exploration*. Cambridge, Massachussets: Harvard University Press, 1997.

SACKS, O. *The man who mistook his wife for a bat*. New York: HarperPerennial, 1987.

Kenneth Rochel de Camargo Jr.

Notas

- 1 Médico, doutor em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ, professor adjunto do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS/UERJ. Pós-doutorado no Department of Social Studies of Medicine, McGill University, Canadá. Pesquisador colaborador no Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde / grupo de Pesquisadores do CNPq – Racionalidades Médicas.
- 2 John Cleese, Graham Chapman, Terry Jones, Terry Gilliam (este, americano, se tornaria mais tarde diretor de filmes de sucesso), Michael Palin e Eric Idle. É interessante notar que Chapman, falecido em 1989, era médico.
- 3 Este resumo é baseado no *script* do filme, disponível em livro (Chapman *et al.*, 1999). Este trecho é apresentado nas páginas 11 a 14.

Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde

RUBEN ARAUJO DE MATTOS¹

O presente trabalho, escrito em forma de ensaio, busca refletir sobre a integralidade na formulação de políticas de saúde, sobretudo nas políticas específicas de saúde. Como é sabido, o termo integralidade tem sido correntemente utilizado para designar um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Antes de ser consagrada como tal pelo texto de nossa Constituição, a integralidade era uma das “bandeiras de luta” do chamado Movimento Sanitário. Por outro lado, em que pesem os avanços do SUS desde sua criação, a integralidade ainda é um princípio que não se concretizou plenamente no cotidiano de muitos brasileiros.

Este texto se inscreve num esforço mais amplo de investigação sobre a integralidade. Em trabalho anterior, procuramos ressaltar o caráter polissêmico do termo. Naquela ocasião, partimos do pressuposto de que o termo havia sido cunhado para designar atributos desejáveis na configuração de um sistema de saúde e nas próprias práticas de saúde, atributos que contrastavam com aspectos das práticas e da configuração do sistema de saúde existente. Supondo que era exatamente esse contraste que dava (quase que por ostentação) o sentido ao termo, buscamos investigar os diversos contextos de usos da expressão integralidade e expressões afins para, em cada um deles, identificar os valores subjacentes, isto é, reconhecer as situações existentes que suscitavam indignação e levavam os atores sociais a sonhar com e a lutar pela integralidade.

A pergunta subjacente àquela fase da investigação era a seguinte:

“integralidade segue sendo uma noção, ou um conjunto de noções úteis para distinguir certos valores e características que julgamos desejáveis no nosso sistema de saúde? Ela ainda segue sendo um bom indicador da direção que desejamos imprimir ao sistema e suas práticas e, portanto, segue indicando [por contraste] aquilo que é criticável no sistema e nas práticas de saúde que existem hoje?” (Mattos, 2001, p. 43-44).

Argumentamos em defesa de uma resposta afirmativa. Identificamos pelo menos três grandes conjuntos de sentidos da integralidade, a saber: a integralidade usada para designar atributos e valores de algumas práticas de saúde, de alguns modos de organizar os serviços de saúde, e de algumas políticas de saúde. Atributos e valores que mereciam ser defendidos. E argumentamos que tais valores continuam a merecer nosso empenho em sua defesa. Seguimos na mesma direção, em defesa da integralidade. Mas nos dedicamos aqui ao terceiro daqueles conjuntos de sentidos: a integralidade como marca de algumas políticas de saúde.

Para melhor caracterizar os propósitos deste trabalho, tomamos numa primeira aproximação um exemplo extraído do *Relatório Final* da XI Conferência Nacional de Saúde, que dedica uma seção às chamadas políticas específicas. Inicia com um breve trecho introdutório: “os participantes da XI CNS apresentaram diversas proposições para a organização da assistência a grupos populacionais ou portadores de patologias específicas, **tendo como referência os princípios e diretrizes do SUS**” (Brasil, 2000, p. 130, grifos do autor). Obviamente o texto sugere que, daquelas proposições, o fato de terem sido elaboradas tendo como referência os princípios do SUS (entre os quais está o da integralidade) é uma virtude. Implicitamente, o trecho reconhece que, embora não seja esse o caso das proposições aprovadas na XI CNS, poderiam ser formuladas proposições que não tivessem por referência aqueles princípios e diretrizes do SUS.

O tema de que nos ocupamos neste trabalho pode ser assim resumido, em linhas gerais: como é possível reconhecer as marcas da integralidade em uma política de saúde específica, ou em uma proposta de política específica de saúde? Como podemos distinguir as políticas que se pautaram na sua formulação pelo princípio da integralidade (ou tiveram como referência esse princípio) daquelas outras que não o fizeram?

Da mesma forma que no trabalho anterior, enfatizamos que o caráter polissêmico do termo integralidade é fértil. Não pretendemos, pois, pleitear qualquer definição unívoca capaz de abraçar o conjunto de sentidos dados ao termo. Ao contrário, pretendemos explorar alguns contextos de usos possíveis do termo integralidade, destacando os valores subjacentes e fazendo um convite à defesa desses valores como atributos positivos de certas políticas de saúde. Trata-se, portanto, de um texto propositivo.

Mas antes de examinar aquelas questões, talvez seja oportuno fazer uma breve reflexão sobre a noção de políticas de saúde específicas. Tomamos a expressão de empréstimo exatamente do título da seção do *Relatório*

Final da XI CNS, referida anteriormente. Naquele uso, o termo designa um conjunto de políticas enumeradas nas propostas da própria seção. Não nos ocupamos aqui apenas das políticas enumeradas. Interessa-nos não só as políticas específicas existentes hoje, mas também aquelas que eventualmente venham a ser formuladas. Por isso, voltamos nossa atenção para a definição de políticas de saúde específicas apresentada naquele relatório, a saber: políticas voltadas para certos grupos populacionais específicos ou para grupos de portadores de certas doenças. Contudo, neste trabalho adotamos uma noção um pouco distinta. Chamamos de **políticas de saúde específicas as respostas governamentais dadas a certas doenças específicas, bem como as respostas governamentais dadas a demandas e/ou necessidades de certos grupos populacionais específicos**.

Algumas reflexões se impõem sobre o uso dessa definição. A primeira diz respeito ao que a diferencia da noção utilizada pelos participantes da XI CNS: em vez de falar em políticas voltadas a grupos portadores de patologias, falamos em respostas governamentais a doenças. A distinção não nos parece irrelevante. Talvez a referência a grupos de portadores de certas doenças no relatório da XI CNS responda, de um lado, à presença atuante e fundamental de movimentos organizados – que freqüentemente advogam em defesa de grupos de portadores e de seus direitos – e, de outro, a uma certa oposição difusa ao reconhecimento de que certas políticas de saúde são respostas a certas doenças. Afinal de contas, tornou-se quase senso comum afirmar que não podemos continuar com uma noção de saúde que é tão-somente a ausência de doenças. Como também se tornou lugar comum criticar o modelo assistencial ainda hegemônico pelo fato de ele ser centrado na doença. No bojo desses argumentos freqüentes no debate sobre a saúde e suas políticas, há inclusive os que julgam criticar a medicina por ela se basear em ciências da doença, e não em ciências da saúde. Em conjunto, tais argumentos produzem a sensação de que seria politicamente incorreto falar em respostas governamentais a certas doenças como se estas fossem políticas de saúde. Diante disso, parece plausível a escolha da expressão políticas voltadas a grupos de portadores de certas doenças.

Mas, ao fazer tal escolha, pensamos que esta se restringe em demasia à abrangência das políticas específicas de saúde, privando-as de um elemento-chave para a integralidade. Em um de seus usos, integralidade se refere à articulação entre as medidas preventivas e assistenciais. Analisaremos esse sentido adiante, na próxima seção. Por ora, basta ressaltar que

algumas medidas preventivas (exatamente as que são efetivas na prevenção da doença) não se fazem no grupo de portadores da doença. Se tomarmos a sério a definição de políticas específicas utilizada no relatório da XI CNS – políticas voltadas para um grupo portador de certas doenças –, corremos o risco de desenhar propostas tão-somente assistenciais. Gostaríamos de deixar claro que, quando falamos em políticas específicas, nos referimos às respostas governamentais a certas doenças específicas, nelas incluindo tanto as propostas e ações voltadas para o grupo de portadores da doença em questão como aquelas outras que, embora com potencial de enfrentar a doença, são voltadas exatamente para o grupo de não-portadores da doença. Daí a proposta de deixar de falar em políticas voltadas para grupos de portadores de doenças para retomar a defesa de políticas de enfrentamento de certas doenças, desde que pautadas pela integralidade.

Nosso trabalho toma como foco exatamente essas políticas específicas voltadas para certas doenças. Ele está dividido em duas partes. Na primeira examinamos, ainda que brevemente, as razões que levam a pensar que um princípio do SUS possa ser tomado como “uma referência” ou um eixo na formulação de políticas de saúde. Na segunda, examinamos as respostas governamentais a certas doenças, explorando algumas das consequências da adoção da integralidade como princípio norteador dessas políticas.

1. Integralidade e a formulação de políticas de saúde

Por que razões os princípios do SUS e a integralidade, de modo particular, deveriam ser tomados como algo relevante para a formulação das políticas de saúde em geral, e das políticas de saúde em particular? Para responder a tal pergunta, é oportuno revisitar, ainda que muito brevemente, a história das políticas ditas de saúde.

Neste trabalho, concebemos as políticas como respostas ou tentativas de respostas dadas pelo governo a certos problemas públicos. As diversas tentativas governamentais de regular ou intervir sobre certos problemas podem ser reconhecidas e analisadas. Ou seja, em um certo momento, é possível identificar quais são os problemas e questões tomados a sério pelos que atuam no governo, problemas e questões que suscitam políticas. A noção de agenda governamental tem sido usada por alguns analistas de políticas para designar exatamente esse conjunto de problemas dos quais o governo se ocupa em suas políticas.

É claro que a agenda muda ao longo do tempo. Há sempre um conjunto de atores sociais que demandam a inclusão de novos problemas públicos na agenda governamental. Ou seja, há sempre demandas por novas políticas públicas. Eventualmente, surgem atores que demandam a retirada de um problema da agenda, considerando que o governo não deveria tentar dar uma resposta a ele. Essas demandas por mudança na agenda (e os atores sociais que as fazem) podem ser igualmente identificadas empiricamente.

Se voltarmos por um momento nossa atenção para as políticas públicas com alguma relação com a saúde no início do século passado no Brasil, constataremos que elas eram constituídas quase que exclusivamente por tentativas de respostas a certas doenças, certas ameaças epidêmicas. As respostas governamentais a certas doenças parecem ter sido muito importantes na construção da legitimidade social para as intervenções do Estado na saúde. Desde então, há certas doenças que são consideradas problemas públicos e, portanto, alvo de políticas específicas voltadas para seu enfrentamento e controle.

É claro que nem todas as doenças foram ou são consideradas problemas públicos. De fato, poucas entram para a agenda governamental brasileira. A inclusão ou não de uma doença na agenda governamental é sempre política, no sentido de que sempre é o produto da negociação entre diferentes grupos (governamentais ou não) que demandam e/ou resistem a essa inclusão. É importante destacar que, ao longo do século passado, a inclusão de uma doença era predominantemente demandada por técnicos (sobretudo especialistas em saúde pública) a partir de argumentos técnicos. No final do século, com a diversificação do movimento social organizado, surgiram demandas pela inclusão de doenças na agenda feitas por ativistas sociais, que conjugam argumentos técnicos (quando esses lhes são favoráveis) com a defesa do direito de grupos específicos.

Não só a inclusão, mas também as características das respostas governamentais são influenciadas pelo jogo político entre diversos grupos sociais interessados naquela política específica. Assim, por exemplo, as respostas governamentais às doenças no início do século, fortemente embasadas no conhecimento técnico da moderna saúde pública, assumiram características por demais conhecidas: pautavam-se pela centralização de sua formulação, pela verticalização de sua implementação e por um caráter autoritário, que desconsiderava o direito e não possibilitava a participação de outros atores que não os técnicos.

Esse modelo de intervenção, resumidamente denominado de campanhista, tem sido largamente criticado desde a década de sessenta. Contudo, ainda é possível reconhecer marcas desse modelo em muitas das respostas governamentais a doenças. É importante que se diga que essas características decorrem dos valores que pautaram a elaboração dessas respostas, e não são características obrigatórias de todas as respostas governamentais a doenças. Aliás, é exatamente essa questão que nos interessa aqui: quais seriam os atributos que uma resposta governamental a uma doença pautada pela noção de integralidade deve ter?

Mas ao lado dessas respostas governamentais voltadas para o enfrentamento de certas doenças, e de modo independente dessas, ao longo do século passado foi sendo formulado um conjunto de políticas que asseguravam alguns direitos dos trabalhadores e estabeleciam alguns benefícios para eles e suas famílias. Entre tais benefícios estava a oferta de serviços assistenciais à saúde. O problema público dessa vertente da política, que à época seria mais bem designada como uma política trabalhista do que uma política de saúde, parece ter sido assegurar o acesso dos trabalhadores e seus familiares aos serviços de assistência médica dos quais necessitassem.

Essas duas grandes vertentes de políticas públicas – a voltada para o combate de certas doenças, e as voltadas para a oferta de assistência médica ao conjunto de trabalhadores – permaneceram independentes até a década de setenta, quando um novo tema entrou na agenda governamental: a configuração de sistemas de saúde.

De fato, nos anos setenta, o debate sobre as políticas de saúde passou a ser predominantemente a discussão acerca da configuração desejável do sistema de saúde. No âmbito da discussão de planejamento, por exemplo, assistimos naquela época ao nascimento da chamada planificação de sistemas de saúde.

A idéia de sistemas de saúde, tal como circulou na década de setenta, apresentava dois componentes interligados. De um lado, ela tratava de um sistema real, formado pelo conjunto de serviços de saúde (ou por um conjunto de serviços de saúde). Nesse sentido, o desafio que se colocava era estabelecer como deveriam ser as configurações desse sistema de serviços de saúde, isto é, as relações entre os diversos serviços, as formas de financiamento, mas também os dispositivos para sua coordenação e gestão. De outro lado, reconhecia-se a importância da formulação de políticas de saúde, que não se referiam exclusivamente ao funcionamento do

sistema de serviços de saúde, mas que abarcava um conjunto mais ampliado de questões que afetavam a saúde da população. Falava-se, à época, de um sistema político de saúde. Pensava-se que a articulação dos dois sistemas se faria pela superposição entre esse sistema político e os dispositivos de coordenação e gestão do sistema de serviços de saúde.

A consequência disso é que o debate sobre a configuração do sistema de saúde que se desenvolveu na década de setenta abarcava não apenas as características do sistema de serviços de saúde, como as relativas ao arranjo das instituições que formulariam as políticas de saúde e que conduziriam sua implementação.

Foram duas as propostas de configurações de sistema de saúde desenvolvidas no Brasil: a do antigo Sistema Nacional de Saúde e a do Sistema Único de Saúde. A primeira, desenvolvida no bojo do governo militar, concebia um sistema com comando pluriinstitucional, com dois pólos institucionais: o Ministério da Saúde, que se ocuparia das políticas voltadas à saúde da população, entre as quais todas as respostas governamentais a certas doenças, e o Inamps, que se ocuparia das políticas voltadas para a oferta de assistência médica a um crescente conjunto de beneficiários.

Foi a partir de um conjunto de críticas a essa configuração do SNS que se construíram as bandeiras de luta por um sistema de saúde mais justo, que em parte se tornaram os princípios do SUS. Nesse sentido, além da proposta da unicidade de comando, forjou-se um dos sentidos da integralidade: não parecia aceitável a existência de uma política voltada a ofertar serviços assistenciais descompromissada com as consequências dessa oferta sobre o perfil epidemiológico da população. Criticava-se que tal política era plasmada por interesses privados, pois apenas com assistência não seria possível reduzir a magnitude da maioria das doenças. A defesa da articulação da prevenção e da assistência nas políticas de saúde, nesse sentido, passava pela própria recusa de se pensar políticas exclusivamente assistenciais.

Talvez seja oportuno recordar que a configuração do antigo Sistema Nacional de Saúde, que separava em instituições distintas a formulação e implementação das políticas de saúde pública e de assistência, se justificava segundo alguns de seus defensores pela conveniência de ter uma certa especialização entre os técnicos de governo envolvidos em cada uma dessas políticas. O argumento (*sui generis*) enfatizava a importância dos técnicos trabalhando para o governo na detecção das necessidades a serem respondidas pelas políticas. De um lado, para as políticas de assistência, a tarefa

era simplesmente de responder às demandas, uma vez que, nesse caso, a necessidade de um serviço seria apreendida pelos próprios cidadãos, que a manifestariam na sua demanda pelos serviços de saúde. De outro, a política de saúde pública deveria responder a uma apreensão exclusivamente técnica das necessidades da população, até porque tais necessidades não se manifestariam através de uma demanda pelos serviços.

A noção de integralidade manifestava de certa forma uma indignação com esse modo de pensar. Ao defender que ações preventivas e assistenciais estejam articuladas, advoga-se que os formuladores das diversas políticas de saúde devem levar em conta ambas as dimensões. Ao invés de pensar em políticas distintas para a assistência e para a saúde pública, defende-se políticas que garantam o acesso universal e igualitário que se façam necessárias, quer sejam tais ações preventivas, quer assistenciais. Nesse sentido, o princípio da integralidade tem repercussões sobre o arranjo das instituições governamentais voltadas para formular e implementar as políticas de saúde: deve-se buscar uma repartição da agenda que não facilite a dissociação das dimensões assistenciais e preventivas.

Tendo tecido esses comentários mais gerais sobre a integralidade e a formulação de políticas de saúde em geral, voltamos a atenção para as respostas governamentais a certas doenças, retornando a uma das questões centrais deste texto: quais seriam os atributos que uma resposta governamental a uma doença pautada pela noção de integralidade deve ter? Procuraremos responder a essa pergunta analisando com algum detalhe alguns dos sentidos da integralidade aplicados, particularmente, à formulação de políticas de enfrentamento de certas doenças.

2. A articulação entre prevenção e assistência

Um dos significados de integralidade diz respeito à articulação entre ações preventivas e assistenciais. Assim, por exemplo, o texto constitucional fala de atendimento integral, com ênfase na prevenção, sem descuidar da assistência.

Por que distinguir esses dois tipos de ações? Nem todos os autores consideram relevante ou oportuna essa distinção. Levell e Clark, por exemplo, defendiam que todas as ações em saúde deveriam ser consideradas preventivas, estabelecendo alguns níveis de prevenção. Pensamos, contudo, que a distinção se sustenta na experiência de vida das pessoas.

As práticas assistenciais se aplicam àquelas situações nas quais os profissionais de saúde se encontram com sujeitos que sofrem e que almejam reduzir seu sofrimento. É a experiência de sofrimento, percebida como se fosse individual, que suscita as ações da assistência. Para a biomedicina, a assistência consiste fundamentalmente na busca da doença que causa o sofrimento de cada sujeito e na aplicação das tecnologias que combatem a doença. É claro que a biomedicina só se ocupa dos sofrimentos atribuíveis à doença, a tal ponto que alguns profissionais negam sistematicamente todo o sofrimento do outro que não se reduz à doença, inclusive o sofrimento provocado pelas tecnologias de diagnóstico e de tratamento. Esse reducionismo nas práticas de alguns profissionais é, obviamente, inaceitável, e é frente a ele que um dos sentidos do termo integralidade foi sendo forjado. Mas tampouco é aceitável que não se leve em conta a experiência de sofrimento que subjaz à própria demanda por serviços de saúde. As pessoas procuram as ações assistenciais nos serviços de saúde porque sofrem, e porque acreditam que esse sofrimento pode ser atribuído a alguma doença.

Mas o conhecimento sobre a doença e sobre as tecnologias de seu enfrentamento permitiu à biomedicina antecipar-se à experiência do sofrimento provocado pela enfermidade. Conhecemos hoje os fatores de risco de muitas doenças e dispomos de tecnologias que reduzem as probabilidades de se desenvolver uma doença. Tornou-se possível, assim, propor ações voltadas a evitar o sofrimento provocado pela doença. É sobre essa diferença que é possível distinguir as práticas assistenciais das preventivas. Enquanto as primeiras são demandadas a partir de uma experiência de sofrimento percebida como se fosse individual, as preventivas não. Exatamente por isso, no que se refere às organizações dos serviços de saúde, um dos sentidos do termo integralidade era o de indicar as vantagens de articular as ações voltadas para responder à demanda assistencial com aquelas destinadas à prevenção.

No plano das políticas de saúde, as ações preventivas e as assistenciais têm impactos distintos: as atividades assistenciais respondem a uma percepção das necessidades de saúde por parte dos usuários, enquanto as ações preventivas se enquadram na perspectiva de modificar o quadro social de uma doença, podendo inclusive modificar a demanda futura por serviços assistenciais. Ambas, quando adequadas, constroem a legitimidade das políticas de saúde. Com efeito, cada vez que o sistema de saúde não responde adequadamente à demanda que a ele se apresenta (seja ela justificável ou não pelos parâmetros técnicos), se corrói a sustentação política

de um sistema de saúde que pretende assegurar o acesso universal e igualitário. Nesse sentido, atender à demanda é um imperativo do direito. Por outro lado, a emergência de epidemias para as quais conhecemos dispositivos de controle também corrói as bases de sustentação do sistema de saúde. Daí o duplo dever do sistema: assegurar a resposta às necessidades e às demandas por ações preventivas e assistenciais.

No que diz respeito às respostas específicas a certas doenças, devemos reconhecer que, em sua maioria, elas sempre articularam ações assistenciais com ações preventivas, pelo menos no que diz respeito às respostas a doenças transmissíveis. Mas recentemente surgiram, sobretudo no debate internacional, propostas de políticas de resposta a certas doenças que assumiam a forma exclusivamente preventiva. Isso aconteceu, por exemplo, no que diz respeito ao debate sobre as respostas governamentais à Aids. A dissociação entre ações preventivas e assistenciais no combate a certas doenças foi possível por um modo de apropriação das análises de eficácia em termos de custo.

Com a publicação do documento *Investindo em Saúde*, pelo Banco Mundial, em 1993, difundiram-se as idéias de analisar as diversas intervenções sobre doenças segundo medidas do custo de seu impacto epidemiológico. A unidade proposta para mensurar esse impacto foram os anos de vida ajustados por incapacidade (AVAI). O procedimento básico consiste em estimar os AVAIs ganhos em consequência de cada ação de saúde, calculando-se, em seguida, o custo dessa ação por AVAI ganho. Tomando os resultados de tais análises, foi possível propor a tese de que os governos não deveriam prover nem financiar as ações que tivessem um alto custo por AVAI ganho. Com tais cálculos, tornou-se possível, por exemplo, recomendar que governos, sobretudo os de países em desenvolvimento, não financiassem nem promovessem o acesso gratuito aos anti-retrovirais, limitando sua resposta à Aids apenas a ações preventivas.

Tais soluções são incompatíveis com o princípio da integralidade, assim como são incompatíveis com os princípios constitucionais de universalidade e igualdade. Uma política de resposta a uma doença que contemple exclusivamente ações preventivas deixa de lado todo o grupo de portadores da doença. Nas doenças para as quais existem formas de tratamento eficazes, embora de elevado custo (e elevado custo por AVAI ganho), o viés preventivista da política tornaria esse grupo de portadores da doença postergados. Entre eles, os que não tivessem renda suficiente para pagar pela assistência da qual necessitam estariam privados desse acesso, o que fere frontalmente os princípios constitucionais.

A pressão dos custos elevados de algumas ações assistenciais necessárias para os portadores de certas doenças tem levado alguns gestores a postergar as necessidades desses grupos de portadores de doenças. Nesse sentido, há que se ressaltar a importância que têm tido entre nós os grupos de ativistas ligados a portadores de certas doenças, que têm lutado sistematicamente contra tal postergação de seu direito específico. Há que se reconhecer também a importância do Poder Judiciário, que tem sido acionado algumas vezes, no sentido de resguardar o princípio constitucional, impedindo que gestores enfatizem a prevenção, descuidando da assistência.

Mas devemos ressaltar principalmente os exemplos de políticas que têm se pautado pela integralidade. Esse é justamente o caso da política brasileira frente à Aids, sobretudo desde 1996. A resposta brasileira recusou o receituário internacional, assumindo o direito ao acesso gratuito dos anti-retrovirais a todos os que deles necessitam, sem descuidar das ações voltadas para a prevenção. Preocupada com o alto custo dos anti-retrovirais, a resposta governamental incluiu ações voltadas à redução dos preços desses medicamentos.

Em síntese, podemos dizer que uma das marcas das políticas de enfrentamento de certas doenças pautadas pela integralidade é que elas contemplam tanto as dimensões assistenciais como preventivas. Nesse sentido, elas se voltam tanto para garantir o direito dos portadores da doença às ações assistenciais de que necessitam, como o direito dos não-portadores a se beneficiarem com as ações preventivas. Isso sem descuidar das possibilidades de modificar o quadro da doença no país.

3. Integralidade como um modo ampliado de apreensão das necessidades

A integralidade traz, portanto, um convite aos formuladores das políticas de enfrentamento de certas doenças ao desafio de tornar compatíveis a perspectiva de controle, erradicação ou mesmo simples mudança da magnitude da doença no país, estado ou município, e a perspectiva do direito dos portadores da doença ao acesso aos serviços assistenciais. Isso implica que os formuladores não podem ter uma apreensão das necessidades de saúde da população exclusivamente através de indicadores epidemiológicos. Ou, de outro modo, não podem reduzir as políticas de saúde a políticas que têm por único objetivo reduzir a magnitude de certas doenças.

Na perspectiva da integralidade, os desafios postos por uma doença envolvem tanto questões relativas à oferta dos serviços assistenciais que são necessários para responder às necessidades de assistência dos portadores da doença em questão existentes hoje, como questões referentes às possibilidades futuras de redução do número de portadores dessa doença. Ora, as necessidades assistenciais não se reduzem às necessidades de se reduzir a letalidade ou a incidência de complicações. Elas dizem respeito sobretudo às necessidades de se oferecer uma resposta ao sofrimento experimentado pelo paciente ou, para usar os termos de Canguilhem, respostas aos estreitamentos no modo de andar a vida decorrentes da doença. Tais respostas podem ser tanto no sentido de alargar os limites postos pela doença, quer no sentido de apoiar o portador da doença de modo que ele possa seguir vivendo, mesmo com a vida limitada pela doença, mas de um modo mais feliz. Nessa perspectiva, as políticas de saúde pautadas pela integralidade devem basear-se numa perspectiva muito ampliada de apreensão das necessidades assistenciais.

As ações voltadas para a prevenção ou assistência não se fazem em pessoas que têm apenas risco de uma doença ou apenas uma doença. Os beneficiários das ações de saúde têm sempre um amplo conjunto de necessidades de serviços de saúde. A apreensão precisa dessas necessidades não pode ser feita pelos formuladores das políticas específicas (estes só conseguem apreender aquelas necessidades ligadas direta ou indiretamente à doença em questão). Aliás, essa ausculta e escuta ampliada das necessidades de serviços de saúde de um sujeito qualquer é uma das características das práticas de saúde pautadas pela integralidade. Desse modo, a resposta governamental a uma certa doença que seja pautada pela integralidade não pode definir como devem ser realizadas as práticas das ações preventivas e curativas, posto que, do contrário, a verticalização resultante poderia dificultar a integralidade nas práticas concretas dos serviços de saúde. De fato, a superação dessa tradição de ações verticais normatizadas pelos níveis centrais da gestão constitui um dos desafios maiores para políticas pautadas na integralidade.

Em síntese, pode-se dizer que as políticas de enfrentamento de certas doenças que são elaboradas tendo como referência a noção da integralidade incluem tanto ações preventivas como assistenciais. Ademais, elas partem de uma apreensão ampliada das necessidades das pessoas portadoras ou não da doença. Uma dimensão específica dessa ampliação é a que diz

respeito ao respeito aos direitos das pessoas. A questão aqui não se refere apenas ao direito ao acesso aos serviços de saúde. Refere-se ao conjunto de direitos da pessoa.

Já foi dito aqui que as primeiras respostas às doenças no início do século não se pautavam pela perspectiva do direito. De fato, muitas das técnicas de intervenção da saúde pública (como a quarentena) suspendem alguns direitos. O único objetivo das políticas de enfrentamento de certas doenças era a redução de sua importância epidemiológica. Para tal, todos os meios de coerção pareciam válidos: invadir casas, derrubar cortiços, tornar obrigatória a vacina etc. Ou seja, as respostas governamentais não levavam em conta os direitos nem as outras necessidades dos sujeitos que sofriam as ações diretas do poder público.

Contudo, o contexto atual torna tais atitudes inaceitáveis. E por várias razões. O próprio reconhecimento dos direitos, como valores a serem defendidos, traz a necessidade de se repensar muitas das formas de intervenção tradicionais da saúde pública. De outro, a adoção de uma visão mais ampliada da saúde tem permitido reconhecer que a negação de direitos tem grande importância na construção social de vários problemas de saúde, cujo enfrentamento torna fundamental exatamente resgatar aqueles direitos.

Nesse contexto, surge o desafio de pensar as políticas buscando superar as tensões entre a saúde pública tradicional e a abordagem centrada nos direitos. Um exemplo desse deslocamento pode ser visto quando comparamos duas diretrizes análogas, retiradas de duas políticas de enfrentamento de doenças sexualmente transmissíveis: as recomendações de realização do VDRL nas gestantes e a recomendação do teste para HIV para as gestantes. Ambas as recomendações são bem fundadas tecnicamente e se fazem não apenas no sentido de eventualmente diagnosticar precocemente uma enfermidade na mãe, mas também (e sobretudo) para reduzir as chances da transmissão vertical.

No caso da política voltada para a erradicação da sífilis congênita, recomendava-se até pouco tempo atrás tão-somente que se fizessem três dosagens ao longo da gestação (duas no pré-natal e uma no momento do parto). No caso da política frente à Aids, as recomendações são de oferecer às gestantes a realização do teste. Nessa última posição, contempla o direito de cada pessoa de aceitar ou não submeter-se a certos procedimentos, como contempla o direito de informação sobre as ações preventivas e assistenciais propostas pelos profissionais para as gestantes. Nessa

perspectiva, a abordagem proposta na política de Aids assume um caráter de diálogo, de argumentação, de compreensão das razões que eventualmente levam uma mulher à recusa da realização do teste. Podemos dizer que as políticas pautadas pela integralidade tomam os sujeitos (doentes ou não) como tais, não negligenciando seus desejos nem seus direitos.

Aliás, a resposta governamental brasileira à Aids pode ser considerada uma experiência bem-sucedida de uma política de enfrentamento de uma doença pautada pelo princípio da integralidade. Ela contempla tanto ações preventivas como assistenciais e, ao fazê-lo, incorpora as preocupações com o alto custo das ações assistenciais, que é visto como potencial obstáculo a ser superado. Ao invés de deixar de oferecer tais ações assistenciais, a resposta governamental busca viabilizar o acesso universal e igualitário a elas. Ademais, a política brasileira frente à Aids tem buscado uma apreensão ampliada das necessidades específicas dos diversos grupos sociais vulneráveis à Aids, assim como do conjunto da população. Ela também tenta contemplar as necessidades específicas dos que vivem com Aids. Sobretudo, ela se pauta pela tese de que o enfrentamento da epidemia tem que ser feito respeitando-se os direitos das pessoas. Pode-se dizer que, nela, as pessoas (pessoas que vivem com Aids, portadores do HIV, pessoas que pertencem a grupos particularmente vulneráveis à infecção, ou mesmo o conjunto de cidadãos brasileiros) não são vistas como simples objetos das intervenções governamentais. Elas são vistas como sujeitos, que têm direitos, demandas que devem ser ouvidas, necessidades que devem ser supridas.

Essa experiência bem-sucedida nos mostra que é possível construir políticas de saúde específicas pautadas pela integralidade. Se, diante dela, nos interrogamos sobre as condições que possibilitaram uma tal política, certamente a resposta passa pela importância da articulação entre técnicos radicalmente comprometidos com a defesa do princípio da integralidade e do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde e ativistas do movimento social organizado ligado à Aids.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. *XI Conferência Nacional de Saúde*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS/ABRASCO, 2001.

Nota

- 1 Médico, Doutor em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do IMS/UERJ, professor adjunto do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS/UERJ. Integra o Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde / grupo de pesquisadores do CNPq – Racionalidades Médicas.



Atendimento Integral: a Escuta da Gestão Estadual do SUS

ALCINDO ANTÔNIO FERLA¹

RICARDO BURG CECCIM²

MARIA LECTÍCIA MACRY DE PELEGRINI³

1. Introdução

Produzir conhecimento é uma atividade que se faz com as verdades da inteligência e não com as verdades do pensamento racional explicativo (Ceccim, 1998). Há que se estar, para isso, mergulhado no campo das experimentações e do “pensamento exterior” que, conforme o apresenta Guattari (1993), é a instância soberana do saber. Segundo esse autor, os conceitos e as teorias valem pela vida que lhes é dada: o conceito teórico “tem menos por função guiar a representação e a ação do que catalisar os universos de referência que configuram um campo pragmático” (Guattari, 1993, p. 201). Assim, teoria e prática devem ter relações de transversalidade, revezamentos e ações de rede. Gilles Deleuze, em conversa com Michel Foucault, nos diz que “nenhuma teoria pode se desenvolver sem encontrar uma espécie de muro e é preciso a prática para atravessar o muro” (Foucault, 1989). Da mesma forma, Prigogine e Stengers (1997, p. 125) nos dizem da necessidade de uma nova aliança entre o homem e o universo que este observa, para devolver à ciência seu potencial inovador, sem universais de certeza: não vivemos uma ordem linear e estável, como nos quer convencer a razão moderna, “mas um mundo aberto, cuja atividade produz novidade, cuja evolução é inovação, criação e destruição, nascimento e morte”.

Identifica-se, assim, uma dificuldade própria do paradigma sociocultural em que nos encontramos para fomentar respostas que permitam fugir da tautologia própria da “ciência normal” (Kunh, 2001) em direção a outras formas de pensar e agir. Como nos mostra Boaventura Santos (1997), é preciso operar com a idéia de inovação (definida como as tensões, rupturas e a transição do paradigma moderno, com reconfiguração de saberes

e poderes) se há o intuito de mostrar alternativas à produção de conhecimentos no atual momento, que é caracterizado por uma profunda crise na matriz da modernidade e, particularmente, no tipo de racionalidade dominante.

No contexto do campo epistemológico desenhado acima, optamos por desenvolver a reflexão sobre a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da experiência concreta do exercício da gestão estadual no Rio Grande do Sul, a qual desafiou nossas práticas e nossa reflexão teórica no período de 1999 a 2002. Ao fazê-lo, optamos por dialogar com uma tese que aponta o conjunto dos referenciais teóricos atualmente utilizados para propor formas de organizar a gestão do SUS como uma das grandes categorias explicativas para o que vimos denominando de crise de alternativas, para dar tônus a esse campo de conhecimentos. Veja-se que o território no qual localizamos essa crise não é o campo das práticas, onde é inevitável constatar atualmente experiências bastante inovadoras, mas tão somente o limite das análises teóricas que vêm sendo produzidas e que são utilizadas para retroalimentar o planejamento e a ação governamental. Ou seja, com toda uma gama de cuidados metodológicos e de linguagem, o que está implícito nessa reflexão é um dito popular de uso muito corriqueiro: *na prática a teoria é outra*, que traduz o conhecimento empírico acumulado no desencontro entre uma e outra dessas condições. Na realidade, acreditamos que a prática pode ser um exuberante território para produzir outras, mais potentes e renovadas teorias. Trata-se, portanto, de eleger a prática como o campo de reflexões capaz de fortalecer a gestão, permitindo transversalidades inovadoras.

Esse recurso metodológico é particularmente necessário quando o desafio é pensar e propor a integralidade da atenção à saúde. Desde a Constituição brasileira de 1988, oferecer arranjos locais dos serviços de saúde capazes de propiciar atenção integral à saúde é um desafio para os gestores do SUS. Esse desafio se desdobra em algumas dimensões que, embora estejam intrinsecamente associadas entre si, nem sempre são tomadas nessa condição para as reflexões sobre o tema.

Uma primeira dimensão, relativa à capacidade das políticas governamentais em ordenarem o sistema de saúde, destaca a capacidade de propor e fomentar arranjos descentralizados, resolutivos, solidários e permeáveis à participação da população, desde o sistema local de saúde. Uma segunda dimensão, relativa à organização dos serviços de saúde, diz da necessidade de garantir acesso aos diversos níveis de sofisticação tecnológica demandados em cada situação assistencial para que o atendimento prestado tenha

resolutividade. Uma terceira dimensão, relativa aos conhecimentos e práticas dos trabalhadores em saúde, se refere à capacidade de gerar acolhimento e desfragmentar o atendimento prestado aos usuários.

Essas dimensões, apresentadas como sentidos para a integralidade da atenção, têm sido sistematizadas em algumas publicações (Pinheiro e Mattos, 2001; Ferla e Fagundes, 2002^a, 2002b). Outra dimensão, igualmente com potência para constituir-se em sentido para a integralidade da atenção à saúde, desdobra-se da diretriz constitucional de participação da população, mas não apenas da sua capacidade de gerar padrões crescentes de transparência para as políticas públicas e *empoderamento* por parte da população. Trata-se de porosidades na formulação das políticas, com a incorporação de outras racionalidades que comumente não compõem o escopo daquelas que ordenam as políticas governamentais. Essa hibridização das lógicas técnica e governamental, com linhas de força mais heterogêneas e com capacidade de operação mais pragmática, tem gerado configurações inovadoras às políticas públicas, conforme descrevem algumas publicações (Ferla e Jaeger, 2002; Kunkel, 2002; Ferla, 2002).

Nossa reflexão quer, nesse contexto, mostrar que a capacidade dos gestores do SUS em responder ao conjunto de desafios legais e teóricos, mas também práticos e operacionais, é uma capacidade que precisa considerar a criatividade e uma sensibilidade muito grande às forças que desenham a vida, ou seja, uma capacidade de *escuta à vida* (Ceccim, 1997) como capacidade de escuta às necessidades de saúde da população (Cecílio, 2001), além de um compromisso político com a defesa de condições para a expressão das forças que potencializam a vida.

2. A gestão no contexto do SUS: inovações nos conceitos e nas práticas

Desde as décadas de 80 e 90, um conjunto de inovações vem desafiando a organização do sistema de saúde brasileiro: há uma intensa pressão pela incorporação no sistema público de saúde de contingentes populacionais anteriormente excluídos do acesso à atenção à saúde, paulatinamente atendidos pelas políticas oficiais, e, ao mesmo tempo, uma demanda por qualidade crescente dessa atenção; há progressiva incorporação de tecnologias especializadas nos serviços; avança-se, mesmo que tenuemente, na definição de critérios de equanimidade para a distribuição de recursos financeiros. Há, porém, algumas áreas estratégicas que necessitam de desenvolvimento mais rápido para fortalecer esse processo de qualificação

do sistema de saúde, adequando-o ao que dispõem a Constituição brasileira e as Leis federais n. 8.080/90 e n. 8.142/90. Ainda se faz necessário avançar na área de informação e informática em saúde, planejamento, acompanhamento, controle e avaliação, com a produção de tecnologias de gestão compatíveis com a racionalidade que fundamenta o modelo que está em implantação, o SUS. Essas áreas ainda se mantêm, em boa medida, atreladas às características do modelo técnico-assistencial que antecedeu o SUS.

A partir da Constituição brasileira de 1988, foram desenvolvidos mecanismos que estão organizando o conjunto desarticulado de ações e serviços e transformando-os num *sistema* e, segundo as diretrizes legais, com direção única em cada esfera de governo. Assim, fica indicado o movimento de *descentralização da gestão*, sendo os municípios responsáveis, com a cooperação técnica e financeira dos estados e da União, pela organização da base do sistema nacional de saúde. A gestão é definida legalmente como a prerrogativa e a responsabilidade compartilhada que tem cada uma das esferas de governo de “dirigir um sistema de saúde, mediante o exercício das funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria” (NOB 96). No contexto da tradição política e administrativa centralizadora, a diretriz constitucional da descentralização da gestão envolve um processo de transformações institucionais, com “redistribuição de poder e de recursos, redefinição de papéis das três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas, estabelecimento de novas relações entre os níveis de governo e controle social” (NOB 93).

Outra idéia importante da Constituição brasileira é de *democratização da saúde*, entendida não somente como o resultado do acesso às ações assistenciais, mas como resultado das condições de vida das pessoas. Assim, além de oferecer ações e serviços de saúde, faz parte das atribuições dos governos, para responder ao direito das pessoas por saúde e qualidade de vida, a garantia de emprego e salário regular e suficiente, da terra para quem trabalha nela, de educação e cultura, de saneamento básico e proteção do meio ambiente, de habitação, de produção e acesso a alimentos e outros produtos e bens necessários.

O ápice da democratização da saúde está na definição constitucional, regulamentada principalmente pela Lei federal nº 8142/90, da *participação popular* no sistema de saúde. Essa participação tem a prerrogativa legal de

avaliar e propor diretrizes para a política de saúde em cada esfera governamental, bem como deliberar e formular estratégias e controlar a execução das ações e serviços de saúde.

Essas características desafiam a reorganização do sistema público de saúde no Brasil desde a Constituição brasileira, particularmente à gestão. Mais do que no plano conceitual, o principal núcleo dos desafios colocados à gestão, nesse contexto, é relativo à capacidade de implementar práticas cotidianas suficientemente densas para produzir, no limite de radicalidade possível em cada situação, tensões e rupturas com a cultura instituída e com as tecnologias de gestão existentes. A partir da experiência de gestão desenvolvida na Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), no período compreendido entre 1999 e 2002, gostaríamos de refletir sobre três planos que se mostram potentes para renovar as práticas de gestão: a relação intergestores, com a Gestão Solidária da Saúde e os projetos que a compunham, a relação com os prestadores de serviço vinculados ao SUS, com os projetos da Saúde Solidária e do Fundo de Apoio e de Recuperação dos Hospitais Filantrópicos Sem Fins Lucrativos e Públicos (FUNAFIR), e a relação com o controle social, por meio de mecanismos e fluxos de permeabilização da gestão à participação dos cidadãos no planejamento e no controle das políticas públicas.

3. A articulação entre gestores: Gestão Solidária da Saúde

Outras formas mais potentes de exercício da gestão da saúde: eis um desafio atual do SUS. Em que pesem as disposições da legislação vigente e as transformações que o ideário da Reforma Sanitária já produziu na cultura política nacional, uma marca centralizadora ainda tem hegemonia na configuração das práticas de gestão da saúde vistas no nosso meio. Importante destacar que essa marca tem expressão nos três âmbitos da gestão do SUS, embora com maior visibilidade nas práticas federais e de muitos estados da federação. No âmbito municipal, além de criativas formas de resistência aos excessos estaduais e federais, também se podem identificar práticas centralizadoras, seja na concentração de poder nos órgãos de administração e fazenda das prefeituras, tolhendo a necessária autonomia das Secretarias da Saúde, seja na fraca autonomia das unidades de saúde ou mesmo na impermeabilidade da gestão às demandas dos conselhos de saúde.

Exemplos dessa tradição centralizadora ainda hegemônica podem ser encontrados, em bom número, no *Relatório final* da XI Conferência Nacional de Saúde. Para os conselheiros participantes daquela conferência, o modelo de financiamento, a regulação, o ordenamento da rede assistencial, o planejamento, a participação do Ministério da Saúde, de inúmeros municípios e da maior parte dos estados e os mecanismos de acompanhamento demonstravam ainda grande descompromisso com a implantação do SUS, embora com experiências de muito êxito, o que comprovaria a efetividade dos princípios e diretrizes estabelecidos constitucionalmente para a área da saúde (Brasil, 2001).

O fortalecimento da função de direção e o amadurecimento das relações entre os gestores, num contexto em que a gestão foi constituída como eixo central da reorganização do sistema de saúde, são essenciais para espalhar qualidade de vida e de atenção à saúde, construindo saúde de verdade para todos. Essa foi uma convicção fundamental para a gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul iniciada em 1999.

Para desencadear essas condições, a primeira etapa implementada foi criar pontos de ruptura com a herança de autoritarismo, clientelismo, favoritismo e de naturalização das condições adversas de vida e de saúde da população. Foi estabelecer que a relação com todos os municípios e prestadores de serviços deveria ser baseada na política de saúde estabelecida nas Constituições brasileira e gaúcha e nas Leis federais n. 8.080/90 e n. 8.142/90.

Outro desafio relevante foi tensionar a cultura centralizadora e tecnocrática dos próprios órgãos e setores da SES/RS. Essa cultura se traduzia no planejamento centralizado do sistema estadual de saúde e das políticas específicas, prevendo-se apenas a execução descentralizada das ações. A partir dessa cultura, os instrumentos tradicionais de planejamento e acompanhamento mobilizavam a capacidade técnica e política dessas áreas e inúmeras “normas técnicas” dispunham-se a regular e normatizar a realidade concreta dos sistemas locais de saúde. Como desdobramento dessa cultura centralizadora de gestão, tradição histórica da gestão federal das políticas sociais assimilada acriticamente por muitos gestores estaduais e municipais, estavam os condicionantes impostos às transferências financeiras estaduais, normalmente associadas a ações e projetos específicos, incluindo projetos de cunho eleitoral. Para construir *saúde de verdade*, conforme o compromisso político do governo do estado, foi preciso constituir uma *gestão estadual de verdade*. Isso, por paradoxal que possa parecer, significou horizontalizar relações de poder, perdendo o contraste que a

centralização permite perceber, mas não significou perder o poder de gestão: o fortalecimento da gestão descentralizada não anula a gestão das instâncias centrais, ao contrário, aumenta o poder geral de gestão e dos componentes específicos, pela melhora na eficiência da gestão como um todo.

Outra mudança que precisou ser instituída, ao menos como permeabilidade, foi uma nova compreensão prática da diretriz constitucional da integralidade da atenção. Desdobramento imediato dessa cultura institucional de gestão autoritária e/ou centralista, estavam as estratégias de divisão burocrática de responsabilidades de acordo com níveis de complexidade da atenção. Essa compreensão deriva de uma concepção idealista do planejamento em saúde, bastante comum na literatura brasileira e internacional e nas políticas de saúde, e propõe a organização do acesso a partir do grau de complexidade: um conjunto de ações de saúde caracterizadas como de “atenção básica” (entendida normalmente como um cardápio padronizado de ações de baixo custo e de tecnologia simplificada), oferecidas ao conjunto da população, comumente associadas a um financiamento *per capita* e à responsabilidade municipal; e outros conjuntos de procedimentos, com complexidade e custos crescentes, merecedores de maior controle no acesso e de responsabilidade dos gestores estadual e federal, a partir de uma suposta incapacidade técnica e operacional dos municípios. Parte-se do princípio, nesse campo argumentativo, de que há três níveis independentes de gestão, com competências distintas e exclusivas, ao invés de compreender a gestão como fluxo ascendente, onde há co-responsabilidade dos três gestores da base ao topo.

Além de subordinar as esferas de gestão, essa tecnologia de planejamento, a partir de recortes de complexidade da assistência, não consegue romper com os efeitos que historicamente produzem nos sistemas de saúde os fortes interesses do complexo médico-industrial e de medicamentos (Elias, 2001). Também desconsidera a realidade sanitária brasileira atual e vem apresentando escassos efeitos na melhoria dos níveis de saúde da população, exceto talvez como efeito inicial de sua atuação assistencial em bolsões de pobreza e miséria anteriormente desprovidos de qualquer ação de políticas sociais. Essa tradição não somente afronta os princípios legais, mas desconsidera o atual perfil de morbi-mortalidade, caracterizado pelos efeitos da transição epidemiológica, por uma distribuição fortemente heterogênea no território brasileiro dos indicadores de saúde e uma cultura de direito de acesso, própria da população, muitas vezes associada à mídia produzida por aqueles interesses.

Não se trata de fazer aqui uma exaustiva discussão sobre essas tendências. Para os efeitos desta análise, basta o registro de que a opção da SES/RS, desde 1999, foi de uma política de saúde fundada na idéia da integralidade da atenção. Para essa opção política, o ordenamento dos serviços e os mecanismos de acompanhamento e regulação a partir da complexidade das ações, facilmente operáveis desde uma gestão centralizada, mostravam-se insuficientes e, mesmo, inadequados. Foi preciso, portanto, inaugurar novas tecnologias de avaliação e planejamento e instalar capacidades no SUS/RS para uma gestão descentralizada e eficiente, com capacidade de gerir uma rede de atenção com arranjos operacionais flexíveis e progressivamente resolutivos.

Para isso, o movimento da SES/RS de descentralização teve ampla gama de ações: desdobrou-se desde o pleito de habilitação do estado à Gestão Plena do Sistema Estadual até a inversão do fluxo corriqueiro de autoridades municipais às estruturas centrais da SES/RS para o encaminhamento de suas demandas. Também foi mudada a estrutura da secretaria: horizontalizaram e fortaleceram suas representações regionais. Essa ação, normalmente relegada ao segundo plano, mostrou-se decisiva para a inovação, já que as estruturas tradicionais tendem a replicar nos fluxos internos a lógica a partir da qual foram constituídas.

Nos primeiros dias do governo, as antigas Delegacias Regionais de Saúde foram transformadas em Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). Mudaram suas denominações e as atribuições que lhes eram designadas. De simples repassadoras de atribuições do nível central, as CRS passaram a ser responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento do sistema de saúde, incluindo ações e serviços de saúde no âmbito regional, numa relação permanente de cooperação técnica, financeira e operacional e de diálogo com os municípios, com o objetivo político de organizar os sistemas locais e regionais de saúde, segundo os princípios do SUS.

A criação de sete macrorregiões de atenção integral à saúde, aprovada pela CIB/RS e pelo CES/RS, ainda em 1999, teve como objetivo garantir aos usuários do SUS uma nova organização para as ações de promoção e proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar. Em cada uma dessas macrorregiões foram identificados, instituídos, credenciados e/ou planejados serviços de referência macrorregional, capazes de atender aos casos mais complexos e com menor demanda, serviços de referência regional e hospitais de referência microrregional, e construídos fluxos

assistenciais entre eles, com a participação dos gestores regionais e municipais e dos próprios serviços. Também foram identificadas, a partir de critérios de capacidade instalada e perfil sócio-demográfico-epidemiológico, microrregiões de saúde.

Além da identificação e da organização de fluxos, foram desencadeadas ações de adequação assistencial à realidade de cada território. Pequenos hospitais gerais, com pouca resolutividade e produção, vêm sendo transformados em unidades locais de saúde e unidades mistas, incorporando outras modalidades de atenção, principalmente ambulatorial, ou fortalecida a capacidade operacional para internações curtas de baixa densidade tecnológica, mas de alto impacto assistencial, em áreas de assistência pactuadas microrregionalmente (Ferla e Martins Jr., 2001).

O processo de regionalização que foi desencadeado a partir de 1999 incluiu o desenho da atenção e os fluxos e estratégias para sua regulação. Passou a orientar a pactuação regional do atendimento à saúde e também a aplicação dos recursos financeiros distribuídos a partir de critérios técnicos e permeabilidade à participação da população.

Para a garantia de eficácia da regionalização da atenção à saúde, foi necessário desenvolver mecanismos para fortalecer a regulação pública do SUS, inclusive por meio do controle social. Para tanto, foram reformulados os subsistemas de informação em saúde, buscando integrá-los, rompendo com a histórica segmentação existente, e imbuí-los de uma lógica de suporte à gestão e controle do sistema estadual de saúde. O Sistema Gaúcho de Informações em Saúde (SGIS), desenvolvido em parceria com diversas entidades, permite uma facilidade progressiva no acesso ao conjunto das informações em saúde necessárias à gestão, ao planejamento, à avaliação e ao controle dos serviços de saúde e aos sistemas de saúde. Para dar suporte ao SGIS, a Rede Gaúcha de Informações em Saúde (RGIS), subsidiária da Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS), está garantindo conectividade e comunicação eletrônica entre os gestores, conselhos e serviços de saúde, inclusive permitindo o fluxo das informações das centrais de regulação, de acesso aos serviços de saúde. Os projetos relativos à área de informação e informática em saúde desenvolvidos pela SES/RS tiveram visibilidade nacional e foram analisados em outras publicações (Ferla, 2001; Ferla, Geyer *et al.*, 2002).

Na experiência de gestão iniciada em 1999, a mudança e a qualificação da relação com as outras esferas de gestão e com os prestadores de serviço constituíram-se num ganho de importância fundamental para garantir a

efetiva implementação do SUS no Rio Grande do Sul. A adoção de critérios técnicos para a implementação de projetos, previamente discutidos e aprovados pelas instâncias de pactuação e de deliberação da área da saúde (CIB/RS e CES/RS), garante uma relação de transparência e de parceria com todos os agentes do SUS no estado.

A construção dessa relação de cooperação técnica, financeira e operacional com os municípios e prestadores de serviços é o caminho mais eficaz para garantir a implantação do SUS *de verdade*. O objetivo da gestão da SES/RS no período de 1999 a 2002 foi a construção de um sistema estadual de saúde sensível aos reais problemas e necessidades de cada local, município, região e do estado como um todo e cada vez mais resolutivo. Os conselhos gestores de unidades de saúde, conselhos locais, municipais, regionais e estadual de saúde, além do acompanhamento do Orçamento Participativo estadual, têm papel fundamental nesse processo. Assim, o apoio e a implementação de atividades de formação de conselheiros e gestores no estado, além de fortalecer a gestão municipal e o controle social, buscam construir novas interfaces entre a SES/RS e os demais atores da saúde. Especificamente em relação à formação de gestores, a grande participação das Secretarias Municipais de Saúde no projeto iniciado em 1999 pela Escola de Saúde Pública foi uma boa resposta à convicção da construção solidária do SUS (Ceccim e Armani, 2002).

4. Municipalização Solidária da Saúde

No contexto desse conjunto de iniciativas da SES/RS, seguramente a que atraiu maior visibilidade foi a Municipalização Solidária da Saúde, que recebeu o reconhecimento nacional durante a XI Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2001) e foi premiada com a primeira colocação na área temática da gestão no Concurso Nacional de Experiências Inovadoras do SUS realizado pelo Ministério da Saúde (Ferla, Geyer *et al.*, 2002). Para dar corpo à estratégia principal do reordenamento do sistema estadual de saúde, a SES/RS buscou fomentar o desenvolvimento de sistemas municipais de saúde de forma horizontal e com respeito às prerrogativas da gestão municipal. Para isso, a cooperação técnica e financeira precisava desprender-se das tradicionais estratégias de oferecer exclusivamente ações programáticas de atenção ou de prevenção de agravos implantados verticalmente. Procurou-se fortalecer o desafio de os municípios pensarem sua própria realidade e formularem, com a cooperação técnica e financeira do

estado e da União, suas alternativas, submetendo-as ao controle e acompanhamento social, ao invés de impor-lhes sedutores modelos ou pactos carimbados, eficientes sobretudo para produzir dados estatísticos de intenções dos gestores supramunicipais.

Assim, em 1999, foi instituído o repasse de recursos do estado aos municípios, na modalidade de transferências fundo a fundo. É importante observar que não se tratou de uma ação isolada de repasse de recursos. Foi o fortalecimento dos sistemas municipais de saúde, no contexto desenhado por uma proposta política de reordenamento do sistema de saúde, monitorada por instrumentos e fluxos de acompanhamento e controle, principalmente por meio de ações descentralizadas realizadas pelas Coordenadorias Regionais de Saúde, num contexto de insuficiência dos recursos financeiros existentes.

Mas, se a relevante participação financeira do gestor estadual, comprometendo recursos de fontes próprias para a transferência diretamente aos Fundos Municipais de Saúde de todos os municípios já é um fato inédito na história do sistema de saúde brasileiro, esses aspectos não esgotam a inovação desencadeada com a Municipalização Solidária da Saúde. Também foram retomados instrumentos e fluxos de gestão desenhados na legislação brasileira e mantidos até então em estado latente. Os recursos são transferidos a partir de planos de aplicação discutidos e aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde. As prestações de contas são feitas por meio de relatórios trimestrais de gestão, discutidos e aprovados pelos Conselhos de Saúde e também apresentados em audiências públicas nas respectivas casas legislativas. Ao optar por utilizar esses instrumentos para o acompanhamento dos recursos repassados, a SES/RS retomou as disposições contidas na Lei federal n. 8.689/93. Planos de aplicação e relatórios de gestão também são analisados pelas Coordenadorias Regionais de Saúde e compõem o arsenal de recursos para o desenvolvimento da cooperação técnica com os municípios, devendo estar em acordo com os pactos de gestão realizados em cada região e mostrar os avanços de cada município em direção às metas estabelecidas para o desenvolvimento dos respectivos sistemas municipais e regionais de saúde.

Além dos fluxos de acompanhamento, também é preciso destacar os critérios utilizados para dimensionar o volume de recursos destinados a cada município. Durante o período de 1999 a 2002, os repasses fundo a fundo alcançaram mais de 30% da execução orçamentária da SES/RS e foram realizados com base em critérios técnicos válidos horizontalmente

para todos os municípios. Especificamente em relação à Municipalização Solidária da Saúde, foi utilizado um conjunto de critérios de base populacional, geográfica, assistencial e relativa ao controle social. No ano de 2002, por exemplo, os R\$ 75 milhões que compunham a chamada fração principal do projeto foram alocados com base na população total (30% dos recursos), na população menor de 14 e maior de 60 anos (20% dos recursos), no coeficiente de mortalidade infantil (5% dos recursos), no inverso da capacidade instalada (5% dos recursos), no volume de recursos próprios municipais utilizados na saúde (5% dos recursos), no inverso da arrecadação de impostos municipais (5% dos recursos) e na prioridade atribuída à saúde nas Assembleias Municipais do Orçamento Participativo Estadual (30% dos recursos).

Além da fração principal, operacionalizada com os critérios listados, outras frações de financiamento foram utilizadas na Municipalização Solidária da Saúde, para incremento dos sistemas de saúde nos municípios, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Critérios e fontes dos dados utilizados para o cálculo dos valores repassados do Fundo Estadual aos Fundos Municipais da Saúde nos anos de 1999 a 2002

Tipo de Transfe
Municipalização

Fração Principal

Fonte: Relatórios de Gestão da SES/RS.

É adequado registrar que as frações foram utilizadas apenas como método de agregação de critérios para distribuição de recursos e para operacionalizar metas de reorganização do sistema estadual de saúde. As transferências fundo a fundo têm livre utilização por parte do município, condicionadas apenas à aprovação dos planos de aplicação e relatórios de gestão e à observação das metas firmadas no processo de Pactuação Solidária da Saúde. Trata-se, portanto, do modo de operacionalizar o financiamento estadual e não de um processo de definição prévia, por parte da SES/RS, do uso dos recursos repassados. A indução feita pela gestão estadual é política e não operacional. Na Pactuação Solidária da Saúde são escolhidos indicadores, prioridades e metas para o ordenamento da gestão. Uma vez assumidos como compromisso entre os gestores e com a população, por meio dos seus fóruns de participação, o primeiro momento da análise da aplicação dos recursos passa a ser feito nesse âmbito.

Além de criativos arranjos de sistemas municipais de saúde, a transferência de recursos estaduais permitiu o fortalecimento das relações entre municípios e a organização regionalizada do SUS. Todos os repasses de recursos, mesmo aqueles de projetos específicos e realizados por meio de convênios, passaram a utilizar a matriz de planejamento do sistema estadual desenhada no processo de regionalização, que vai avançando na medida em que as condições concretas o permitam. Desmistificou-se a ação de planejamento, a relação entre gestores e a participação da população. Mas, seguramente, o primeiro indicativo da mudança foi em relação ao financiamento. A participação estadual garantiu uma fonte adicional de recursos, principalmente aos pequenos municípios que, tradicionalmente, são excluídos das maiores fatias de repasse de recursos federais, seja porque têm menor volume de população, seja porque têm menor capacidade de captar os recursos da produção de ações de média e alta complexidades.

Mas esses municípios também têm maior concentração de população em faixas etárias mais avançadas e com maior propensão a doenças crônico-degenerativas, menor oferta de emprego e geração de renda e maior fragilidade na sua manutenção, na vigência de um modelo de desenvolvimento concentrador, como é o caso brasileiro. Não é necessário analisar mais aprofundadamente a importância do fortalecimento dos sistemas municipais de saúde nesses municípios, pela evidência que essas informações preliminares já antecipa. De toda forma, análises mais detalhadas da realidade gaúcha podem ser obtidas em outros estudos (Ferla e Fagundes, 2002a; Ferla e Fagundes, 2002b). Ao que interessa registrar

nessa reflexão, fica evidente um compromisso solidário da gestão estadual com os municípios e a opção política por instrumentos e fluxos de acompanhamento e controle com capacidade de destacar-se das tecnologias burocráticas para apegar-se mais à capacidade de escuta e o estímulo à expressão das melhores características de cada local.

5. Gestão como prática de ordenamento dos serviços: Saúde Solidária

A capacidade de inovar no exercício da gestão estadual no SUS/RS também incluiu a relação entre a SES/RS e os prestadores de serviço. Em janeiro de 1999, analisando as dificuldades enfrentadas pela maioria dos hospitais do estado credenciados pelo Sistema Único de Saúde, a SES/RS começou a montar uma estratégia emergencial para socorrer essas instituições e, ao mesmo tempo, fortalecer seu vínculo com o SUS. A opção foi por desencadear ações de gestão, incluindo componentes estadual, regionais e municipais de regulação da assistência, tendo como estratégia de vinculação uma política diferenciada de financiamento, que foi sendo aprimorada nos três anos, como se verá. Esse conjunto de ações também fez parte dos projetos premiados no âmbito federal naquela gestão (Ferla, Souza *et al.*, 2002).

O primeiro passo foi repassar emergencialmente recursos financeiros adicionais às instituições de grande relevância para o SUS e que estavam em situação mais crítica, com risco iminente de fechamento ou de rompimento com o sistema. Essa alternativa antecedeu a criação do FUNAFIR. Graças a esse fundo, equalizado com recursos da SES/RS, o Banco do Estado do Rio Grande do Sul (Banrisul) montou uma linha de crédito aos hospitais públicos e filantrópicos, com juros subsidiados pelo governo do estado, prazo de carência de seis meses para início do ressarcimento e 18 meses para amortização. Por meio do FUNAFIR, mais de uma centena de hospitais filantrópicos foram beneficiados com aproximadamente R\$ 50 milhões no período de 1999 a 2002, e essa se tornou uma linha de crédito regular do banco. Quanto aos hospitais públicos, por decorrência da Resolução n. 2.668, de 25 de novembro de 1999, do Banco Central do Brasil, o Banrisul foi impedido de concretizar o empréstimo para essas instituições. Foi criada, então, na Municipalização Solidária da Saúde, uma modalidade de repasse para o fortalecimento dos hospitais públicos municipais. Durante os quatro anos, mais de R\$ 13 milhões foram repassados aos hospitais públicos municipais nessa modalidade.

Como a proposta da secretaria para essa área não era de simples distribuição de recursos financeiros, mas de radical mudança na relação com os prestadores de serviço, critérios técnicos e compromissos transparentes orientaram uma relação solidária em defesa do SUS. Todos os hospitais públicos que receberam recursos do Tesouro do estado tiveram que constituir um conselho gestor, com finalidade de acompanhar e avaliar, elaborar plano diretor, plano de saneamento financeiro e apresentar plano de aplicação dos recursos e relatórios mensais de prestação de contas. Conforme deliberação do CES/RS e pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RS), a execução de recursos de investimento para a rede privada foi feita mediante aquisição de equipamentos pelos gestores municipais e subsequente transferência, por meio de termos de cessão de uso, aos prestadores, que será mantida enquanto durar sua vinculação com o SUS. Novamente, a lógica é o fortalecimento da capacidade de regulação do SUS sobre a rede assistencial, em defesa do interesse público.

Para resolver os problemas da anomia na oferta de ações hospitalares no estado no médio e longo prazos, a SES/RS, a CIB/RS e o CES/RS construíram a Política Estadual de Apoio e Qualificação da Assistência Hospitalar aos Usuários do SUS – Saúde Solidária. A iniciativa estabeleceu critérios e diretrizes para o financiamento do reordenamento da atenção hospitalar, estimulando a efetiva participação dos hospitais no SUS, humanizando o atendimento, com a implantação de alternativas assistenciais mais adequadas a cada região (hospital-dia, internação domiciliar etc.), bem como parcerias para a formação de gerentes de serviços e outros projetos para a qualificação dessa modalidade de atenção. Os critérios e diretrizes foram sendo progressivamente mais rígidos, num processo de subordinação crescente dos serviços ao SUS e à sua lógica assistencial.

No último trimestre de 1999, a SES/RS, por decisão da CIB/RS e do CES/RS, destinou os recursos da Saúde Solidária, que têm origem nas fontes fiscais do orçamento estadual, para complementação de custeio às internações especializadas em 86 hospitais que atendem ao Sistema Estadual de Atendimento de Urgências e Emergências, já que a política federal criada para esse fim não foi implementada no Rio Grande do Sul, por insuficiência dos recursos financeiros destinados pela União. Por decisão dos próprios hospitais, da CIB/RS e da SES/RS, os recursos adicionais da fonte federal foram utilizados para ampliar a oferta dessas ações no estado, já que as majorações dos valores para poucos hospitais, quase todos localizados em Porto Alegre, teriam impacto negativo na organização da

rede regionalizada, tal como estava sendo proposta. Os hospitais participantes do Sistema Estadual de Atendimento de Urgências e Emergências receberam um adicional de 25% nos procedimentos de internação, com recursos próprios da SES/RS.

No ano de 2000, os recursos da Saúde Solidária foram destinados a hospitais que se comprometeram com a adequação assistencial necessária aos sistemas locais, microrregional, regional e estadual de saúde. Foram R\$ 22 milhões de recursos próprios da SES/RS repassados aos 261 hospitais que contrataram com o SUS/RS um cardápio mínimo de procedimentos, adequados ao perfil assistencial desenhado pelos gestores regionais e municipais. Esse perfil assistencial variou desde unidades locais até hospitais especializados, passando por hospitais microrregionais, hospitais regionais e hospitais macrorregionais.

Em 2001, R\$ 18 milhões foram destinados aos 248 hospitais que conseguiram cumprir os novos requisitos, entre os quais a participação em Câmaras Técnicas de Acompanhamento da Gestão criadas junto aos Conselhos de Saúde, com o objetivo de analisar e aprovar relatórios de atividades desenvolvidas, projetos para utilização dos recursos do SUS e demais instrumentos e projetos que caracterizam o vínculo dessas instituições com o SUS. Em 2002 repetiu-se o valor e o número de hospitais beneficiados, tendo sido qualificada a análise dos instrumentos de acompanhamento para o repasse dos recursos.

Algumas observações são importantes para descrever e analisar com mais precisão essa iniciativa da SES/RS. A primeira delas é que, mesmo com um grande conjunto de critérios de habilitação, mais de 90% dos hospitais existentes no território estadual participaram da Saúde Solidária e, nesses, praticamente 80% dos leitos foram disponibilizados ao SUS (Ferla, Souza *et al.*, 2002). Critérios e condições de habilitação foram discutidos com as entidades representativas dos hospitais filantrópicos, antes de sua apresentação à CIB/RS e ao CES/RS. A Saúde Solidária mostrou-se uma alternativa de reordenamento assistencial dos estabelecimentos hospitalares vinculados ao SUS bastante eficiente e comprovou a hipótese feita ao iniciar-se a gestão estadual, em 1999, de que a efetiva regulação pública da saúde é possível e que vinha padecendo de iniciativas mais criativas. Iniciativa similar foi desencadeada, posteriormente, pelo Ministério da Saúde, mas restringiu seus efeitos aos grandes hospitais, merecendo menor adesão das suas entidades representativas.

Uma segunda observação diz respeito à caracterização dos hospitais participantes da proposta política de regionalização do SUS/RS. Para isso optou-se por desenhar uma classificação dos hospitais gaúchos, de acordo com as expectativas assistenciais da região e com a capacidade instalada de cada um. Dessa forma, os hospitais com maior quantidade de leitos e, seguramente, com maior sofisticação tecnológica disponível, foram classificados como hospitais especializados, macrorregionais ou regionais. Esses hospitais, que também têm as maiores taxas de ocupação, disponibilizam quase 45% dos leitos existentes para os usuários do SUS. Nesses hospitais, que estão distribuídos pelos territórios assistenciais indicados pela própria classificação, está concentrada a maior expectativa de resolutividade da atenção hospitalar. Os hospitais especializados, localizados na capital, são utilizados como referência para todo o sistema estadual de saúde.

No extremo oposto, em termos de sofisticação tecnológica e quantidade média de leitos por hospital estão as unidades locais, das quais se espera uma mudança mais profunda no seu perfil assistencial atual, com a oferta de outras ações que não incluem internações, para o âmbito municipal e/ou microrregional. Em meados de 2002, os hospitais com essa classificação representavam aproximadamente 49% do total dos hospitais vinculados ao SUS, detinham quase 22% dos leitos, com uma média de ocupação de 23% e uma distribuição média de 39 leitos por hospital. Como se pode supor, esse perfil assistencial não lhes permitiu incorporar de forma relevante novas tecnologias assistenciais nos últimos anos.

A partir de 1999, esses hospitais foram transformados em locais de incubação de projetos inovadores em termos de organização assistencial, incorporando novas modalidades de atenção que não dependem de sofisticação tecnológica para garantir resolutividade nos cuidados prestados. Essa classificação dos hospitais que compõem a rede hospitalar do SUS/RS procurou combinar a definição política do desenho de regionalização feita inicialmente com as características de cada fração do território gaúcho. Tal flexibilidade somente foi possível com a ativa participação dos gestores municipais e regionais e dos Conselhos de Saúde e com a adesão dos hospitais. Na realidade, a SES/RS optou por operacionalizar a regionalização da assistência hospitalar no contexto da regionalização do SUS/RS e, para isso, ao invés de normas verticais e procedimentos burocráticos, desencadeou processos de diálogo e negociação. Estudos demonstram a resposta positiva desses estabelecimentos à política estadual (Righi, 2002).

Além do compromisso formal com as adequações assistenciais previstas contratualmente para cada tipo de hospital, o conjunto dos hospitais apresenta relatórios mensais de atividades aos gestores e Conselhos de Saúde, fortalecendo seu vínculo de subordinação ao SUS e qualificando a informação disponível nas instâncias de gestão e de controle social. Por outro lado, os estabelecimentos contemplados com esses recursos ficam comprometidos com o fluxo estabelecido de referência e contra-referência assistencial e com a participação dos seus trabalhadores em atividades de capacitação.

O destaque, aqui, são as estratégias para permear o funcionamento dos serviços ao controle social. Conselhos gestores, câmaras técnicas de acompanhamento da gestão, planos de aplicação, contratos de metas e relatórios de prestação de contas regulares são estratégias que, propostas pela própria instância de controle social e participação da população, têm o objetivo de acompanhar a utilização dos recursos do SUS nesses serviços e de garantir que, além da qualidade técnica e da garantia do acesso, seja enfrentado também o desafio da humanização do atendimento, desde o ponto de vista dos usuários.

Dados preliminares de uma avaliação do vínculo desses hospitais que participam da Saúde Solidária podem ser agregados aos dados apresentados anteriormente e mostram a importância das estratégias adotadas até o presente momento. Das diversas estratégias de monitoramento desencadeadas, uma avaliação qualitativa realizada pelas Coordenadorias Regionais de Saúde, a partir de um instrumento de coleta de dados preenchido para cada um dos 248 hospitais participantes do Projeto Saúde Solidária no ano de 2001, produziu informações relevantes. Os dados coletados mostram um efetivo movimento de qualificação da assistência hospitalar aos usuários do SUS e o aumento na participação desses estabelecimentos nos fluxos e projetos de organização da atenção desenhados em cada região, conforme demonstrou uma análise publicada anteriormente (Ferla, Souza *et al.*, 2002).

A experiência descrita aponta que a combinação de uma gestão fortalecida e descentralizada, um sólido e progressivamente mais potente controle social sobre o sistema de saúde e os desafios da incorporação de padrões progressivos de atenção integral à saúde, com os melhores *sentidos* que essa expressão possa abarcar, além de resposta às diretrizes estabelecidas pela Constituição federal, é um *bom remédio* para a implementação de um SUS *de verdade*.

6. A gestão como prática de escuta à participação da população

Além dos aspectos descritos até aqui, não será possível esgotar os sentidos da gestão descentralizada e da integralidade da atenção operados pela SES/RS no período de 1999 a 2002 sem identificar algumas características do modo de governar daquela gestão.

Não somente na Saúde, mas no governo estadual como um todo, a participação direta do cidadão no controle das políticas governamentais foi marca importante no governo gaúcho, anunciada ainda no processo eleitoral de 1998. Essa marca, tornada visível por meio de práticas cotidianas do governo, foi operacionalizada com duplo objetivo: compartilhar poder com a sociedade civil e permear o governo às demandas da população (Ferla e Jaeger, 2002). Uma cultura política inovadora, fundada na idéia de que o protagonismo é um dos pontos vitais da cidadania e da democracia, estruturou as propostas daquele governo, que se dispunha a buscar, entre os efeitos do controle social sobre as políticas públicas, maior eficiência nas práticas governamentais. Não por outro motivo, o Orçamento Participativo Estadual (OP), processo pelo qual a população gaúcha participou diretamente, durante os quatro anos de análise e deliberação sobre os projetos de governo, inclusive da configuração da proposta orçamentária, foi escolhido como o principal projeto daquela gestão no governo estadual.

Na área da saúde, além da interface direta com o OP, o conjunto dos projetos desenvolvidos tomou a participação da população como um eixo transversal estruturante. A análise do desdobramento dessa relação entre projetos e atividades pode tomar, ao menos, dois planos de aproximação: um formal, relativo a instrumentos e fluxos; outro de resultados, relativo aos efeitos propriamente ditos dessa interface.

No primeiro plano, relativo aos instrumentos e fluxos de operacionalização e acompanhamento dos projetos, foram adotados mecanismos que ritualizaram essa aproximação. É importante ressaltar esse plano de aproximação, já que a identificação de limites nas propostas tecnocráticas do aparato governamental tem sido justificativa constante para um certo ceticismo quando a participação da população é estudada. Ao que parecem apontar inúmeras análises, que priorizam os aspectos formais da participação, haveria incompatibilidade intrínseca entre o modo

de funcionamento do aparelho do estado e a capacidade de expressar-se da população. Esta, entretanto, não é uma conclusão possível quando se analisa o Governo do Estado do Rio Grande do Sul no período de 1999 a 2002.

Especificamente em relação à saúde, optou-se por retomar instrumentos e fluxos já criados pela legislação federal, mas em estado de latência desde pouco depois de sua criação. Decidiu-se operar o financiamento estadual da saúde predominantemente por meio de transferências fundo a fundo, com destinação dos recursos e acompanhamento da execução tendo forte participação da população. Planos de aplicação dos recursos e relatórios de gestão foram discutidos e aprovados pelos Conselhos Municipais de Saúde, com a participação de delegados do OP. Afora a criação de pontos de contato com outras ações governamentais, já que o OP tinha como objeto a deliberação sobre o conjunto das ações de governo, é bastante óbvio o aumento das superfícies de contato entre o aparato governamental e a participação da população. Além dos planos de aplicação, relatórios de gestão e outros instrumentos diretamente relacionados a cada um dos projetos, também houve evidente estímulo à participação. Conferências de Saúde, audiências públicas, fóruns específicos, atividades do OP foram realizadas em grande número e com crescente participação (Ferla e Jaeger, 2002). Da mesma forma, houve a criação de conselhos regionais de saúde e conselhos gestores de unidades, além da reativação de conselhos municipais de saúde e de conselhos intersetoriais.

No que se refere ao segundo plano, relativo aos resultados da participação, há pelo menos dois componentes que merecem ser destacados. Um deles se refere aos resultados sobre a configuração do aparelho de estado, nos modos de organização da população para a participação e nos aprendizados que a tecnoburocracia estatal e que a população participante obtém no processo de participação. Boaventura Santos (2002), ao analisar a experiência do Orçamento Participativo no Município de Porto Alegre e no Estado do Rio Grande do Sul, identifica a criação de uma *esfera pública híbrida*, que reconceitua o estado e a sociedade, além da produção de conhecimentos suficientes para gerar porosidades no funcionamento do governo e um evidente *empoderamento* da população participante. Esses efeitos também são observados quando se analisa a experiência gaúcha na área da saúde. Ferla e Jaeger (2002) analisaram alguns desses aspectos, bem como revisaram outras análises sobre o tema, identificando efeitos na

organização das estruturas do poder público, na configuração das respostas às demandas da população, no perfil de utilização dos recursos públicos e na intensidade da participação nos espaços de exercício do controle social.

Mas, seguramente, não é esse o principal impacto que a participação produziu como resultado. A reconfiguração das políticas e das ações sociais do governo tem um impacto mais forte. Algumas reflexões mostram efeitos na concepção, na lógica de ordenamento, nos mecanismos de acompanhamento e no resultado percebido nas ações de saúde, como consequência da porosidade dessas ações à participação da população (Ferla, 2002; Kunkel, 2002), mesmo sem descartar que há um componente compatível com o modo hegemônico de configurar as ações de saúde que ainda é prevalente.

Como resultado das demandas da população na saúde no Rio Grande do Sul no período considerado, poderíamos analisar um caso específico, mas bastante representativo. Desde a metade da década de 1980, uma rede de entidades do movimento popular vem propondo uma diversa gama de estratégias para a incorporação de medicamentos fitoterápicos na rede assistencial pública. Essa rede gerou, em diversas situações, parcerias institucionais na Assembleia Legislativa e em áreas específicas do próprio governo (Daron e Cony, 2002). A partir de 1999, a estratégia de reivindicação dessa rede passou a ser o governo estadual como um todo.

Ante as dificuldades enfrentadas pelas diversas secretarias, principalmente no que se refere ao consensuamento de bases técnicas para implementação de uma política de plantas medicinais de caráter intersetorial, as entidades do movimento popular que compõem a rede passaram a destacar sistematicamente essa proposta nas pautas de reivindicações dirigidas diretamente ao governador. Como desdobramento, foi criada uma Comissão Intersetorial de Plantas Medicinais, encarregada da elaboração de uma política específica. Embora de difícil gestão, por dificuldades no tempo de resposta e por resistências entre as diversas secretarias e órgão, essa política iniciou sua implementação, no ano de 2001, sendo monitorada regularmente pelos diversos conselhos setoriais.

No Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) o tema foi pautado regularmente para apresentação dos resultados e o planejamento de novas metas. Em análises sobre a importância atribuída ao processo de elaboração dessa política e seus primeiros resultados práticos, encontram-se argumentos que destacam a absorção de conhecimentos populares na

formulação de políticas de governo e na oferta do cuidado, bem como a reconfiguração da clínica em saúde, quando à fitoterapia passou-se a atribuir um valor de dispositivo humanizador da atenção à saúde (Ferla, 2002; Kunkel, 2002).

Mais do que apresentar novos *sentidos* da integralidade da atenção e da gestão descentralizada ou reafirmar *sentidos* esquecidos nos últimos anos, a experiência relatada e analisada indica a potência de transformação que tem uma escuta da gestão comprometida ética e politicamente com o SUS e com a vitalização da saúde, das muitas saúdes que podem se expressar em cada contexto. Para a análise das tecnologias de gestão e de organização da atenção, essa experiência oferece um conjunto de práticas que podem auxiliar na revitalização da produção teórica na Saúde Coletiva.

Com a mudança no projeto de condução do governo gaúcho, como decorrência do processo eleitoral de 2002, resta um grande desafio aos atores que participaram direta ou indiretamente daquela experiência: viabilizar novas formas de expressão dos sentidos revitalizados durante sua construção. Afinal, como dizia David Capistrano,

“a defesa da vida e o compromisso com a vida são valores que nem a mão invisível do mercado nem a mão pesada do planejamento centralizado e burocrático são capazes de garantir. Valores que ou vingarão através de empenho, luta, coragem e convicções firmes, ou simplesmente serão suplantados pelo cinismo, pela indiferença, pela cupidez e pelo individualismo mais feroz” (Capistrano Filho, 1995).

Outros fatores, exceto o compromisso ético e político, o empenho, a luta persistente, a coragem e a convicção firmes dificilmente poderiam explicar melhor a escolha da idéia-símbolo (“o SUS é legal”) feita pelo CES/RS e pela III Conferência Estadual de Saúde como marca do SUS/RS.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório da XI Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2001 (*Série Histórica do CNS*, 2).
- CAPISTRANO FILHO, D. *Da saúde das cidades*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 93-111.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção a saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – ABRASCO, 2001, p. 113-126.
- CECCIM, R. B. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: CECCIM, R. B., CARVALHO, P. A. *Criança hospitalizada: a atenção integral como escuta à vida*. Porto Alegre: Editora da Universidade, 1997.
- CECCIM, R. B. *Políticas da inteligência: educação, tempo de aprender e dessegregação da doença mental*. 1998. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1998.
- CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do Sistema Único de Saúde. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa / Escola de Saúde Pública, 2002^a.
- DARON, V. L. P.; CONY, J. Recuperando a capacidade da natureza de produzir saúde: a experiência da política intersetorial de plantas medicinais no Estado do Rio Grande do Sul. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. *O fazer em Saúde Coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa / Escola de Saúde Pública, p. 89-109, 2002b.

ELIAS, P. E. Afinal, de qual descentralização falamos? *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 310-313, ago. 2001.

FERLA, A. A. Informação como ferramenta de gestão: desenvolvimento de parâmetros para acompanhamento do sistema de saúde a partir da análise integrada dos sistemas de informação. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 925, 2001.

FERLA, A. A. *Clínica nômade e pedagogia médica mestiça*: cartografia de idéias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação. Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. *Tempo de inovações*: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: DaCasa / Escola de Saúde Pública, 2002a.

FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. *O fazer em Saúde Coletiva*: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: DaCasa / Escola de Saúde Pública, 2002b.

FERLA, A. A.; GEYER, L. M.; PRYTOLUK, L. B.; BREUNIG, M. Descentralização da gestão da saúde no Rio Grande do Sul: implementando a legislação para garantir saúde de verdade e com qualidade para todos os gaúchos. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. *Tempo de inovações*: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: DaCasa / Escola de Saúde Pública, 2002a, p. 15-35.

FERLA, A. A.; JAEGER, M. L. Controle social como processo: a participação da população na saúde e o Orçamento Participativo do Estado do Rio Grande do Sul. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. *Tempo de inovações*: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: DaCasa / Escola de Saúde Pública, 2002a, p. 179-193.

FERLA, A. A.; JAEGER, M. L.; PELEGRINI, M. L. M. A gestão da saúde no contexto do SUS: descentralização, integralidade e controle social como desafios para os governos. In.: SOARES, L. T. (Org.). *Tempo de desafios*: a política social democrática e popular no governo do Rio Grande do Sul. Petrópolis: Vozes, 2000.

FERLA, A. A.; MARTINS JR., F. C. Gestão Solidária da Saúde: a experiência de gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 8-20, 2001.

FERLA, A. A.; RIBEIRO, L. R.; OLIVEIRA, F. P.; GEYER, C.; ALVARES, L. O. Informação como suporte à gestão: desenvolvimento de parâmetros para acompanhamento do sistema de saúde a partir da análise integrada dos sistemas de informação em saúde. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa / Escola de Saúde Pública, 2002a, p. 107-122.

FERLA, A. A.; SOUZA, D. Y.; FREITAS, M. E. M.; PELEGRINI, M. L. M.; ANTUNES, V. H. Regionalização da atenção à saúde na experiência de gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. Em: FERLA, A.A.; FAGUNDES, S. M. S. *O fazer em Saúde Coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa / Escola de Saúde Pública, 2002b, p. 13-29.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

GUATTARI, F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1993.

KUNKEL, B. Humanização na saúde e cidadania: o caminho para o SUS. In: FERLA, A.A.; FAGUNDES, S. M. S. (2002a) *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa / Escola de Saúde Pública, 2002a, p. 195-202.

KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 2001.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – ABRASCO, 2001, p. 39-64

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. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – ABRASCO, 2001,

p. 65-107.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – ABRASCO, 2001.

RIO DE JANEIRO. Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. *Relatório de gestão do SUS/RS – 1999*. Porto Alegre: SES/RS, 2000.

PRIGOGINE, I.; STENGERS, I. *A nova aliança: metamorfose da ciência*. Brasília: UNB, 1997.

RIGHI, L. B. *Poder local e inovação no SUS: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios do Estado do Rio Grande do Sul*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Campinas, 2002.

SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 1997.

SANTOS, B. S. Orçamento Participativo em Porto Alegre: para uma democracia redistributiva. In: SANTOS, B. S. *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002, p. 455-560.

RIO DE JANEIRO. Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. *Relatório de gestão do SUS/RS – 2000*. Porto Alegre: SES/RS, 2001.

RIO DE JANEIRO. Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. *Relatório de gestão do SUS/RS – 2001*. Porto Alegre: SES/RS, 2002.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Congresso Nacional, 1988

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do SUS nº 01/93*. Brasília: MS, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do SUS nº 01/96*. D.O.U., 06 nov. 1996. Saúde da Família: construindo um novo modelo: os municípios já têm histórias para contar. Brasília: MS, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional da Assistência à Saúde nº 01/2001*.

Alcindo Antônio Ferla, Ricardo Burg Ceccim, Maria Leticia M. de Pelegrini

BRASIL. Lei Federal nº 8.080/90, de 19 set. 1990. Dispõe sobre a estruturação do SUS. Brasília: Congresso Nacional, 1990.

BRASIL. Lei Federal nº 8.142/90, de 28 dez. 1990. Dispõe sobre a estruturação do SUS e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1990.

Notas

- 1 Sanitarista, Doutor, atualmente Diretor da Área de Informação e Informática no SUS do Ministério da Saúde. Pesquisador colaborador do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde / grupo de pesquisadores do CNPq – Racionalidades Médicas.
- 2 Sanitarista, Doutor, Professor de Educação em Saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, atualmente Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. Pesquisador colaborador do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde / grupo de Pesquisadores do CNPq – Racionalidades Médicas.
- 3 Sanitarista, Mestranda em Saúde Coletiva, atualmente Assessora Técnica do Grupo Hospitalar Conceição pelo Ministério da Saúde.

O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações

RICARDO RODRIGUES TEIXEIRA¹

O primeiro esboço deste texto serviu de roteiro para nossa comunicação durante o seminário “Integralidade: Saberes e Práticas no Cotidiano dos Serviços de Saúde” (IMS/UERJ, 2001). Esta versão final, contudo, já incorpora outros elementos e outras dimensões reflexivas, o que decorre – em grande medida, como é de se supor – da própria experiência dialogal do seminário. Além disso, prolongando numa forma escrita os diálogos iniciados no encontro, também teve grande importância para a conformação final deste texto a leitura da coletânea *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (Pinheiro e Mattos, 2001), dos mesmos organizadores do seminário e que foi lançada algumas semanas após o mesmo. Como resultado, no texto a seguir nem sempre é fácil distinguir o que é a expressão do autor e o que é a expressão desses diálogos.

1. Breves comentários introdutórios sobre a integralidade

1.1. Integrações e apartações

O já bem decantado caráter polissêmico da noção de *integralidade* no campo da saúde contrasta com o caráter bastante unívoco de seu sentido lexical. O velho *Aurélio* não glosa a palavra *integralidade*, mas se compreende claramente que significa a “qualidade de *integral*” e, de *integral*, ele diz: “Adj. 2 g. **1.** Total, inteiro, global.” Apresenta mais três sentidos relacionados (cereal que não foi beneficiado; alimento preparado com este cereal; a integral de uma função matemática), mas seu núcleo semântico é bem claro e preciso: estar todo, inteiro, completo.

Ressaltar esse detalhe nos parece importante, porque é sempre em torno desse sentido simples e geral que se dá a variação de seus sentidos no campo da saúde. As diferenças entre as várias compreensões de integralidade dependem fundamentalmente do que os diferentes projetos tecnopolíticos no campo pretendem integrar, isto é, “tornar inteiro: completar, inteirar, integralizar.” E, como há muita coisa cindida, separada, fragmentada, partida, no campo da saúde, há muita coisa a ser integrada e muitas diferentes apostas a respeito de que partes devem ser primordialmente integradas. Também é interessante tentar compreender as diferentes noções de integralidade que pululam no campo, a partir das partes que, julga-se, devam ser integradas.

Assim, para cada concepção da integralidade, há uma concepção da cisão, uma visão (problemática) de um mundo feito de pelo menos mais que um pedaço. E aí cabe perguntar: que “partes” temos nos proposto a juntar? Que “todos” temos nos proposto a recompor? Qual ou quais das múltiplas apartações instauradas no mundo, e que afetam a esfera da saúde, temos priorizado, assumindo o desafio de superá-las através de nossos diversos projetos de integralidade?²

Tais questões, em parte, já vêm sendo respondidas com grande competência por vários autores (Pinheiro e Mattos, 2001). Não nos ocuparemos delas neste momento, mas tão-somente de uma modalidade particular de apartação, cujo desafio de superação (de reintegração dos elementos apartados) parece vir contribuindo fortemente para a emergência de ainda outros e novos sentidos para a noção de integralidade. De resto, aqueles que mais vêm se sobressaindo no debate atual, como ficou patente nas próprias discussões do seminário. Numa fórmula bastante genérica, parece adequado designá-la cisão eu-outro, com todas as especificidades que esta pode adquirir no campo da saúde, numa relação de serviço, de serviço público e no Brasil.

Reverendo nossas anotações do seminário, fica bastante evidente que, entre as várias possibilidades de tratamento da questão da integralidade na prática dos serviços, prevaleceram, de longe, aquelas que iam na direção de uma “ocupação da esfera pública por uma ética da diferença”. Falou-se muito e bem sobre “a necessidade da integração trabalhador-usuário”, sobre a necessária “integração de múltiplos saberes”, sobre a “integração das diferenças e dos diferentes”, quando não da própria integração social, como nos projetos que lidam com situações de exclusão ou apartação

social (o que não deixa de ser uma forma especialmente dramática de cisão eu-outro, pelo que revela da intensidade de violência que chega a ser mobilizada nesta cisão³). Falou-se, enfim, sobre a necessidade de superação do “monopólio do diagnóstico de necessidades” e de se integrar a “voz do outro” nesse processo.

Em suma, o foco está claramente posto na relação trabalhador-usuário que se dá nos serviços, para a qual se dirigem os mais fortes desejos de integração. Ainda segundo nossa escuta do seminário, é possível entender, nas falas dos técnicos, gestores, pesquisadores e diferentes profissionais da saúde, que essa integração é mais do que a construção de um vínculo/responsabilização (o que também é, sem dúvida, muito valorizado), mas se trata de uma efetiva “mudança na relação de poder técnico-usuário”. À luz dessa concepção de integralidade, a pretendida “reversão do modelo tecnoassistencial” muitas vezes se parece mais com uma “reversão do modelo comunicacional” em vigor nos serviços...

Essa marcada tendência no modo de se formular a questão da integralidade só vem se manifestando nos debates atuais porque, antes, no plano da prática concreta dos serviços, a necessidade urgente de se *integrar o outro* já vinha sendo indicada de múltiplas formas. Em outras palavras, é evidente que os diferentes enfoques que vão se constituindo nos debates a respeito da integralidade não se baseiam em preceitos metafísicos dos intelectuais da área da saúde, que os levariam a conceber totalidades a serem perseguidas, tais como “biopsicossocial”, “individual-coletivo”, “curativo-preventivo” ou outras palavras de ordem. Esses diferentes enfoques correspondem a efetivos focos de “tensionamento” no plano das práticas, problemáticas concretas do fazer cotidiano dos serviços, que premem o sistema como um todo e o mobilizam na busca de soluções. E elas são buscadas em todos os níveis: cotidianamente, no plano das práticas (com uma urgência e uma inventividade sem par), assim como nas construções discursivas dos formuladores de políticas (em geral, com um certo atraso e com uma fecundidade estreitamente dependente do quanto levam em conta as soluções inventadas no fazer cotidiano dos serviços).

De fato, as diferentes formas de apartação do outro têm tensionado por dentro as práticas de saúde e, de forma especialmente aguda, aquelas que se realizam nos serviços de assistência, principalmente porque ela parece comprometer negativamente o duplo cerne da razão de ser desses serviços: sua eficácia técnica e a satisfação da clientela. Apesar das entusiásticas promessas de eficácia da biomedicina triunfalista, o funcionamento

concreto dos serviços que distribuem suas tecnologias vem demonstrando uma eficácia e, sobretudo, um grau de satisfação dos usuários bem mais decepcionante. De fato, parece que a coisa não funciona mesmo muito bem sem esse outro, chamado “paciente”, entre aspas...

É importante assinalar que tal tensionamento não cresce em potência no seio das práticas dos serviços públicos, sem que antes a realidade da oferta maciça desses serviços à população atinja um limiar crítico, que corresponde àquele que poderíamos chamar de uma virtual acessibilidade universal. E esse limiar crítico foi atingido em algum momento ao longo da última década, como consequência das políticas que vêm sendo efetivadas na área da saúde, no Brasil (Reforma Sanitária; criação, implantação e consolidação do SUS; descentralização; municipalização etc.).

Entendemos que é à transposição desse limiar que devemos atribuir, por exemplo, a evolução de algumas das principais linhas temáticas trabalhadas na produção intelectual da Saúde Coletiva. Podemos notar, por exemplo, como, em pouco mais de uma década, a problemática do acesso aos serviços evoluiu no sentido de uma substituição progressiva das análises centradas nos temas da extensão de cobertura ou do acolhimento nas unidades prestadoras.

Isso traduz uma progressão do foco de tensionamento (relacionado ao problema mais geral da garantia de acesso universal ao sistema de atenção), que vai do problema da quantidade de portas-de-entrada ao problema da qualidade dessas portas. Com isso, decerto, não queremos dizer que o problema da universalidade do acesso esteja simplesmente resolvido em termos quantitativos, mas significa que já atingimos um patamar crítico de cobertura de serviços, em que o problema do acesso não depende mais apenas da expansão do número de unidades prestadoras. Cada vez mais, depende intimamente do tipo de modelo de atenção operante nessas unidades⁴.

Entendemos que a importância que vem adquirindo, por exemplo, a discussão sobre o acolhimento nas unidades ou, mais genericamente, a problemática da qualidade do acesso e da recepção dos usuários nos serviços, assinala bem essa migração do foco de tensionamento para dentro do serviço, mais exatamente para a relação com o outro que aí se estabelece. Para as várias relações com o outro que aí se estabelecem, a relação médico-paciente é apenas o caso mais emblemático. Emblemático – levando-se em conta a hegemonia absoluta do trabalho médico dentro dessas

unidades de prestação de assistência – mas restrito. Num sentido mais alargado, que considera a existência de outros profissionais e outras interações também se dando no cotidiano dos serviços, podemos falar em relação trabalhador-usuário⁵.

1.2. Crise de alteridade

Ora, esse tensionamento relacionado às dificuldades em lidar com a alteridade não é exclusivo dos serviços públicos de saúde e está, na verdade, instalado no coração do desenvolvimento tecnocientífico da moderna biomedicina, como vem sendo amplamente discutido por diversos autores. Mas é claro que o tensionamento assume contornos específicos no âmbito dos serviços públicos em nosso país. Ressaltemos, uma vez mais, que a realidade pré-serviços públicos em larga escala não era propensa a fazer emergir tal tipo de tensionamento no campo da saúde, e só quando a oferta de serviços atinge uma magnitude significativa, as dificuldades relacionadas à questão da alteridade assumem um caráter decisivamente crítico.

Nesse ponto, uma brevíssima digressão histórica – considerando-se alguns aspectos de nosso processo cultural (identitário) e ético-político – talvez nos permita perceber alguns outros insuspeitados e promissores sentidos nessa crise tão atual.

É interessante notar como a elite letrada (desde que se constituiu uma entre nós) sempre produziu interpretações sobre o Brasil e sobre quem é o povo brasileiro. Em outras palavras, ela sempre teorizou sobre esse seu outro, assim dado no contexto de uma sociedade profundamente dual e progressivamente apartada. O chamado Movimento Sanitário brasileiro participou ativa e centralmente dessa teorização, em especial nas primeiras décadas do século XX.

Referimo-nos, por exemplo, ao papel fundamental desempenhado pelos artigos de Belisário Penna e Arthur Neiva no *Correio da Manhã*, relatando o Brasil descoberto nas expedições realizadas por esses sanitaristas aos sertões (que prolongava, ampliando, o impacto causado pela publicação, anos antes, de *Os sertões*, de Euclides da Cunha) e por todo o debate intelectual amalgamado pela Liga Sanitária Brasileira. Para que se possa estimar a importância desse movimento na discussão sobre o país, basta evocar suas repercussões na literatura. Como exemplos, temos tanto a

obra do membro da Liga Sanitária Brasileira, Monteiro Lobato, com seu controverso Jeca Tatu a ilustrar manuais de higiene, quanto, no outro pólo de controvérsia, Mario de Andrade, com seu *Macunaíma*, que escreveria, não sem ironia, no livro de visitas do Instituto Butantã: “Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são...”, fazendo eco satírico ao discurso sanitário da época (Lima e Hochman, 2000).

Já na segunda metade do século, as ciências sociais assumiriam papel cada vez mais proeminente na interpretação do país, mas o discurso médico-sanitário (agora mais afinado com os ideários desenvolvimentistas, mas também, cada vez mais, “esquerdizante”) continuou ocupando lugar de destaque nessa elaboração.

Procurando ver o momento presente dessa perspectiva, parece-nos que o Movimento Sanitário brasileiro, uma vez mais, pode contribuir de modo peculiar e decisivo para o debate em torno da identidade do povo brasileiro. O que confere originalidade à contribuição atual é que o Movimento Sanitário parece menos preocupado em produzir uma nova interpretação sobre esse outro (das elites letradas), do que em criar condições para que ele fale diretamente. E se chegamos a esse momento, foi pela passagem representada por um momento anterior, que tomou as últimas décadas do século XX, quando o Movimento Sanitário, em consonância com o processo mais amplo de democratização do país, produziu a interpretação de que o chamado “povo brasileiro” também poderia ser um cidadão com direitos. No campo da saúde, esse processo fundamentalmente ético-político viria a se traduzir não apenas num conjunto importante de regulamentações jurídico-legais, mas sobretudo numa série de políticas públicas.

Esse processo foi importante passagem para o momento atual, porque criou as condições mais gerais para que o campo da saúde se tornasse especialmente sensível às questões relacionadas à alteridade. Trata-se, enfim, das condições geradas pelo que chamamos de virtual acessibilidade universal aos serviços de saúde. As práticas médico-sanitárias pré-serviços em larga escala podiam se contentar com interpretações distanciadas do povo brasileiro, para pautar suas macropolíticas. Na era dos serviços, dificilmente...

De modo interessante, a realidade da distribuição ampliada de serviços de saúde – e a decorrente presença e participação também ampliada do povo nesse novo contexto técnico aberto pelas práticas de atenção – coloca novos desafios para os técnicos, gestores, pesquisadores e profissionais da saúde, e novas possibilidades de participarem, com suas experi-

ências, do contínuo processo de interpretação do país e construção coletiva de nossa identidade. E não parece ser mais o momento de formular novas teorias sobre esse outro, mas de criar as condições para que esse outro fale de viva voz... Este outro: nós.

Da perspectiva do processo de construção da cidadania e do espírito democrático entre nós, parece ser o momento de fazer avançar esse processo nos espaços micropolíticos, como são os espaços dos serviços, contribuindo para que a essência de suas práticas seja a realização da democracia viva em ato.

2. Sobre o acolhimento

Para conhecer as coisas que queremos fazer
é preciso fazer as coisas que queremos saber.
Aristóteles, *Ética Nicomaquéia* (1103^a 32,33)

2.1. *Hilemorfismos*

A fórmula com que encerramos a primeira parte deste texto, e que bem pode ser o lema de sua segunda parte – *democracia viva em ato* –, está ostensivamente inspirada na bela e bem conhecida fórmula que nos é oferecida por Emerson E. Merhy: “trabalho vivo em ato”. É como esse autor designa a substância dos processos de trabalho que se dão no encontro trabalhador-usuário, porque nele os trabalhadores “podem colocar todas as suas sabedorias, como opções tecnológicas de que dispõem para a produção de procedimentos eficazes a serviço do usuário e de seu problema” (Merhy, 1997, p. 126). A formulação alternativa que propomos pretende introduzir um certo deslocamento de perspectiva em relação a Merhy e, ao mesmo tempo, marcar a existência de uma grande proximidade com as principais preocupações e atenções desse autor, que se dirigem para o que ele mesmo chama de um plano de questões micropolíticas.

O deslocamento em questão diz respeito à assunção de uma visão mais comunicacional do mesmo fenômeno, isto é, dos processos de trabalho que se dão no encontro trabalhador-usuário. Postulamos, apoditicamente, que a substância do trabalho em saúde (e, no sentido que proposto, igualmente a substância do “trabalho vivo em ato”) seja a conversa. Com toda evidência, é a conversa, a *hylé* do trabalho em saúde. *Hylé* (que quer dizer “matéria”, em grego), aqui, no sentido husserliano de matéria da sensação considerada como puro dado. E é a conversa, a matéria que se apresenta à sensação como puro dado, no encontro trabalhador-usuário.

Para acentuar ainda mais esta obviedade, basta considerar o quanto a realização do trabalho em saúde de que estamos tratando depende inteiramente dessa materialidade do encontro. Na observação mais direta e desavisada do que se passa no interior, por exemplo, de uma unidade básica de saúde, o que se percebe essencialmente são conversas, que quando não são exclusivamente conversas (o que se dá na maior parte dos encontros), acompanham outros procedimentos que se realizam no serviço, vindo antes, durante e depois do procedimento. Conversa-se individualmente, conversa-se em grupo. Enfim, conversa-se sem cessar, nos serviços...

Se falamos em matéria, no sentido de uma substância, podemos nos perguntar sobre a forma. A doutrina aristotélica do hilemorfismo corresponde, como se sabe, à sua ontologia e está fundada numa imagem propriamente tecnológica da constituição do ser das coisas: como o que resultaria da ação de um escultor que dá forma à matéria. Como a presente contribuição se situa num plano exatamente tecnológico, talvez valha a pena investir nessa ontologia do trabalho em saúde. Assim, se a substância é a conversa, qual, ou melhor, quais suas formas? Nosso pressuposto mais geral é de que as formas decorrem das forças que trabalham a substância, que só podem ser ou provir dos próprios atores em presença no encontro e que constroem, juntos, a conversa: trabalhadores e usuários.

A grande vantagem que vemos em se admitir que a conversa é a própria substância do trabalho em saúde é o reconhecimento de que se age sobre um objeto, desde o princípio, partilhado, trabalhado em conjunto, de um modo mais ou menos simétrico. É só enquanto matéria necessariamente trabalhada por todos os atores em presença na conversa, que esta ganha forma. É claro que, da perspectiva do trabalhador, essa conversa é preta de trabalho em sentido estrito; há indiscutivelmente um trabalho “vivoperando” nesse ato de conversar: o trabalhador emprega técnicas de conversa e outras “tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só têm materialidade em ato” (Merhy, 1997, p. 136).

É claro também que essas técnicas mobilizadas pelos trabalhadores devem ser consideradas em profundidade, já que têm uma participação decisiva na conformação da natureza do encontro. Por outro lado, da perspectiva do usuário, é possível que toda technicalidade embutida nos

seus modos de trabalhar a conversa se apresente, para utilizar um termo de Simondon (1989), mais “concretizada”, no sentido de mais “naturalizada”, mais diluída nas formas coloquiais do conversar. Em todo caso, o que temos sempre é a conversa, reconhecida como substância trabalhada conjuntamente por trabalhadores e usuários dos serviços de atenção à saúde e, ao mesmo tempo, o reconhecimento da necessidade de se desalienar nossos modos de conversar e, em especial, de se verificar de que modo as técnicas de conversar – que são, sem dúvida, técnicas de produção de relação – que estamos utilizando, têm participado da configuração do contexto comunicacional do encontro.

Numa rápida aproximação entre as questões sobre técnicas de conversar e as teorias lingüísticas de Jakobson (1995) sobre as duas funções da linguagem, temos, por exemplo, que a percepção da conversa como a operação de uma tecnologia leve – percepção toda própria ao trabalhador – é mais ou menos como captá-la sintonizando aquilo que Jakobson chamaria de sua função referencial, que define a dimensão em que se inscrevem as finalidades postas para o trabalho que se realiza através daquela forma de conversa (o que, ademais, permite uma verificação da eficácia desta, por referência à realização daqueles fins). Já a idéia acima – de uma percepção mais concretizada das técnicas de conversa, que seria fundamentalmente aquela dos usuários – se aproxima do que Jakobson designaria como função poética, que define a dimensão em que se inscrevem os elementos que participam da construção de uma certa estética da existência, em particular de uma estética de nossa existência em relação e que, é claro, deve começar por se expressar na própria forma pela qual se dá a conversa (o que, aliás, só permite uma verificação de seus efeitos, que são sempre prospectivos, frutos de experimentações).

A utilidade dessas aproximações conceituais vai ficando mais clara quando começamos a perceber seu alcance micropolítico. Na medida em que estamos falando de técnicas de enorme impacto social e que forram nosso meio ambiente existencial, a ele se incorporando através desse processo de concretização ou naturalização, temos que essa sua função poética assume, na realidade, a dimensão de uma autêntica poética social. Assim, nossas técnicas de conversa, entre outras que mobilizamos no trabalho em saúde, participam indiscutivelmente da constituição de poéticas sociais, que não estão dadas (sendo que o resgate dessa dimensão permite que incorporem, senão novos critérios de avaliação, pelo menos novos eixos de valoração da qualidade do trabalho).

Talvez essa seja uma perspectiva interessante para que se possa ter uma boa percepção da riqueza dos processos micropolíticos e de algumas de suas importantes particularidades. É nesse plano micropolítico, por exemplo, que podemos reconhecer experiências que, já há algum tempo, vêm criando algumas possibilidades reais de se efetivar a prática da tecnodemocracia. Isto é, um modo de efetivamente ampliarmos as chances de participação de todos nas escolhas que mais diretamente afetam a poética social que produzimos e que é, afinal, o modo como realizamos individual e coletivamente uma dada estética da existência.

Descobre-se, assim, que, nesse plano micropolítico os processos de decisão assumem feições especiais, que fazem, por exemplo, com que escapem bem mais das ideologias, porque escapam bem mais de qualquer possibilidade de uma idealização *a priori* de um projeto técnico que, afinal, só se decide em ato (ou talvez, devêssemos mesmo dizer, em uso). Nesse plano, não há instâncias de decisão em separado. Nesse nível micro, pode-se dizer que o processualismo político é radical! A substância é a conversa, a forma é em grande medida dada pelas técnicas. A conversa – substância e forma – participa de uma poética, ao mesmo tempo em que é o próprio nível em que se decide o devir permanente dessa poética: eis uma possibilidade de se começar a definir o que seria a democracia viva em ato.

Trata-se, sem dúvida, de uma qualidade especial de conversa. Mas também representa uma possibilidade real que, talvez, possa ser suscitada ou, pelo menos, facilitada por um determinado dispositivo técnico: uma espécie de “técnica geral de conversa” que deve ser praticada em todas as conversações que se dão no serviço. Para que não se perca em meio à profusão de definições para a noção de acolhimento, chamaremos de acolhimento-diálogo ou acolhimento dialogado, essa técnica especial de conversar.

2.2. O acolhimento e a rede de conversações

A temática do acolhimento nos serviços de saúde vem ganhando importância crescente no campo médico-sanitário e, sobretudo, vem requalificando a discussão a respeito do problema do acesso e da recepção dos usuários nos serviços de saúde.

As soluções práticas que temos conhecido ultimamente para a questão do acolhimento na atenção primária, principalmente em unidades de PSF, tendem a concebê-la como uma atividade particularizada, que realizaria a

combinação de alguns dispositivos organizacionais tradicionais dos serviços de saúde (recepção, triagem, acesso). Em muitos casos, tende a sofrer deslocamentos (acesso, porta-de-entrada, pronto-atendimento), que vão até o limite de esvaziá-la de significado próprio, sendo apenas um nome novo para uma velha atividade (em geral, algum tipo de pronto-atendimento⁶).

Numa revisão preliminar da bibliografia nacional sobre o tema, identificamos sua presença marcadamente associada a algumas áreas específicas, onde assume sentidos às vezes bem diferenciados, com destaque para: Saúde Mental, Programa HIV/AIDS, Enfermagem e Organização de Serviços. Todas as discussões desenvolvidas nessas diferentes áreas apresentam algum grau de interesse para o tipo de enfrentamento da questão que será aqui buscado, mas este se aproxima bem mais dos enfoques encontrados nos estudos de Organização de Serviços, que é aquele do qual também se aproxima boa parte dos estudos de Enfermagem. Entre estes, destacam-se particularmente aqueles em que o acolhimento aparece como “estratégia de reorganização da assistência” (Leite *et al.*, 1999) ou como o “dispositivo operacional” básico do “modelo tecnoassistencial” (Franco *et al.*, 1999).

Na presente contribuição, o acolhimento também é visto como uma espécie de mola-mestra da lógica tecnoassistencial e, mesmo, como um dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede tecnoassistencial de um serviço de saúde. A particularidade, aqui, será abordá-lo de uma perspectiva essencialmente comunicacional, que entende ser a conversa substância principal das atividades de um serviço de saúde. Daí se pode tomar a rede tecnoassistencial do serviço como uma rede de conversações⁷ – lembrando que cada nó da rede corresponde a um encontro, um momento de conversa envolvendo uma série de atividades técnicas específicas (incluindo várias técnicas de conversa).

Essa rede de conversações conforma um autêntico espaço coletivo de conversa, composto de várias e distintas “regiões de conversa” interligadas e, como qualquer outro espaço, passível de ser mapeado. Como nosso objeto de reflexão está referido a um objeto empírico e, de fato, corresponde à proposta de trabalho e pesquisa de um serviço de saúde real, em sua singularidade, iniciaremos nossa exposição apresentando o mapa ou diagrama do espaço de conversa desse serviço.

1. 1



Descrição sumária dos conteúdos das conversas mapeadas

Conv
p.a. = pronto ate:
consulta médica a
- pré-natal
- doenças c
- tuberculo

E o acolhimento, que lugar ou papel tem nesse espaço? Pode-se dizer que tem todos os lugares e o papel de tudo receber, tudo interligar, tudo mover por esse espaço. É o elemento que, de certa forma, conecta uma conversa à outra, interconecta os diferentes espaços de conversa. Em qualquer encontro trabalhador-usuário, em qualquer de nossas conversas, não cessamos de acolher novas possíveis demandas que, eventualmente, convidam o usuário a frequentar outros espaços, a entreter outras conversas. Creditamos a uma dada técnica de conversa ou de relação – designada acolhimento dialogado e cujas principais características e regras operatórias serão expostas nas próximas linhas – a competência em manter todos esses espaços interconectados, oferecendo aos usuários as mais amplas possibilidades de trânsito pela rede. Nesse sentido, pode-se dizer que esse

dispositivo faz com que as diferentes atividades (diferentes conversas) não apenas se articulem em rede, mas se constituam num autêntico espaço coletivo de conversações.

Para que possamos continuar explorando outros significados dessa primeira característica do dispositivo do acolhimento-diálogo – que começa, assim, a ser caracterizado de modo a se destacar sua centralidade no próprio agenciamento da rede e na produção de um espaço coletivo –, lançamos mão de uma metáfora que radicaliza, ao mesmo tempo, a noção de rede e a de processos cognitivos: a metáfora neuronal.

Os diferentes encontros formalmente dispostos ao longo da trajetória de um usuário pelo serviço podem ser vistos como sinapses ou como momentos sinápticos de uma fluxografia organizacional em rede, cujos fluxos multidirecionais, multicombinatórios e flexíveis interligam diferentes módulos de atenção.

O funcionamento ótimo dessa rede depende sobremaneira do desempenho da chamada atividade de recepção do usuário no serviço, entendida como espaço primordial de investigação/elaboração/negociação das necessidades que podem vir a ser satisfeitas. Contudo, é mais do que evidente que o conteúdo que caracteriza essa atividade não se restringe apenas ao espaço e ao momento formais da recepção. Prolifera por todos os encontros assistenciais que marcam a passagem de um usuário pelo serviço, pois, como já dissemos, nunca se cessa efetivamente de investigar/elaborar/negociar as necessidades que podem vir a ser satisfeitas pelo serviço. Trata-se, portanto, de um já bem diferenciado conteúdo de atividade, que não se confunde mais com o primeiro contato de um usuário com o serviço.

Esse conteúdo de atividade (a princípio de recepção, mas que está presente como parte de qualquer outra atividade que se dá no serviço) é o cerne do chamado acolhimento-diálogo e desempenha papel central no funcionamento da rede, ou, mais exatamente, papel original. Original, no sentido do gesto que dá origem, que deflagra os diferentes possíveis trânsitos dos usuários pelo serviço, por seus diferentes módulos de atenção. O acolhimento-diálogo, da perspectiva do desempenho global da rede, pode ser visto como uma espécie de distribuidor, de operador da distribuição, onipresente em todos os pontos da rede. Sendo tais encontros momentos pautados pelo espírito do entendimento e da negociação permanente das necessidades a serem satisfeitas, neles se decide a trajetória necessária de cada usuário através do serviço.

Vê-se aqui a total adequação da metáfora da sinapse para pensar esses encontros (e, eventualmente, da contrametáfora de se pensar as sinapses como espaços de conversa), já que nela também se decide o essencial da plasticidade desse sistema de fluxos que é o sistema nervoso. No caso das redes neurais, essa plasticidade favorece a ampliação da inteligência global do sistema. Pode-se admitir que resultado similar se dê no nosso caso (de um sistema de módulos de atenção à saúde interligados), em que a plasticidade favorece a diversidade de singularizações possíveis, já que a possibilidade de diferentes usuários realizarem diferentes combinatórias de atenção significa que o sistema oferece maior margem de adaptabilidade a esquemas de necessidades bastante diversos; significa que ele faculta a diversificação dos usos... Diferentes usuários, diferentes usos.

Bem, pode-se dizer que, até aqui, as considerações sobre o acolhimento-diálogo concentraram-se apenas no que se poderia chamar de uma dimensão procedural, isto é, levou-se principalmente em conta sua participação num agenciamento sistêmico, seus efeitos na dinâmica da rede. Contudo, sua caracterização completa também deve levar em conta suas dimensões declarativas. Em outras palavras, não basta saber o que faz o acolhimento-diálogo (seu papel na dinâmica da rede), é preciso também saber como faz (conhecer o protocolo de comunicação). Só então aparece com maior clareza o modo como o acolhimento-diálogo define a dimensão pragmática do encontro, os domínios de ação (emoções) e de significação (linguagem) e as utilizações possíveis do próprio encontro.

Examinando mais de perto esse dispositivo presente em cada encontro, identificamos dois traços principais, já indicados nos dois componentes de sua própria designação: acolhimento-diálogo. Primeiramente, o acolhimento, que põe em relevo, antes de tudo, o caráter de um acolhimento moral da pessoa (usuária do serviço) e de suas demandas (o que pode envolver, muitas vezes, um sofrimento importante); esse gesto receptivo se faz acompanhar (dentro dos limites dados pelas circunstâncias concretas, como o bom senso faz supor) de um diálogo, que é o segundo traço descritivo deste dispositivo. Esse diálogo se orienta pela busca de maior conhecimento das necessidades de que o usuário se faz portador e dos modos de satisfazê-las, o que revela, talvez, a mais fina característica da autêntica operação de passagem promovida por este dispositivo e que está dada no pressuposto geral, a pautar todas as práticas de conhecimento que se dão no serviço (todas as formas de conversa, individuais ou em grupo, em que, de alguma forma, se pesquisa alguma coisa), de que as

nossas necessidades não nos são sempre imediatamente transparentes e nem jamais definitivamente definidas. O papel do acolhimento-diálogo na dinâmica organizacional só pode ser cumprido enquanto resultado de um encontro pautado por tais disposições morais e cognitivas.

2.3. Técnicas de conversa e democracia

Não ignoramos estar em vias de encerrar um texto, que deixa uma série de questões em aberto – um texto ainda devedor de mais esclarecimentos. Há, porém, dois ou três comentários que não gostaríamos de deixar para uma próxima oportunidade e que dizem respeito às relações entre as técnicas de conversa e a construção daquilo que mais acima denominamos democracia viva em ato.

Certamente, não podemos reduzir a democracia a uma técnica de conversa, mas não podemos tampouco ignorar que determinadas técnicas de conversa são verdadeiros exercícios de democracia. A democracia não é simplesmente um modelo já dado pela razão. É resultado de pesquisa, trabalho experimental, invenção coletiva. Como diz Maturana (1997; p. 62):

“a democracia é uma obra de arte, um sistema de convivência artificial gerado conscientemente, que só pode existir através das ações propositivas que lhe dão origem como uma co-inspiração em uma comunidade humana (...). A democracia não é um produto da razão humana, a democracia é uma obra de arte, é um produto de nosso emocionar, uma maneira de viver de acordo com o desejo de uma coexistência dignificada na estética do respeito mútuo”.

Assim, se por um lado funda-se no “desejo de uma coexistência dignificada na estética do respeito mútuo”, por outro, trata-se de um “sistema de convivência artificial”, produzido “conscientemente” e como uma obra de arte. Artificial como uma técnica de conversa. Por isso, deveríamos prestar mais atenção a esses artifícios...

Técnicas de conversa foram e continuam a ser inventadas e desenvolvidas por diferentes povos, religiões, sistemas políticos, sociedades, profissões, ofícios e serviços, comunidades e pequenos grupos. Com todas elas podemos enriquecer nosso repertório e buscar inspiração para nossas buscas e criações. Algumas delas se destacam, justamente, por seu enorme potencial democrático. Contudo, como são muitas vezes técnicas muito

antigas e que operam num quadro de instituições tradicionais, são muito pouco consideradas pelos nossos tão imperfeitos quanto arrogantes sistemas democráticos ocidentais.

Um belo exemplo – e que reúne alguns elementos significativos que o aproximam muito da técnica de conversa que estamos enfocando –, é a *palabre*⁸, uma variante africana do parlamento e a principal instituição política da África pré-colonial. Para oferecer uma síntese eloqüente das principais características dessa técnica de conversa e de seu potencial democrático, transcrevemos um comentário da filósofa Isabelle Stengers, que participou de *palabres* e ficou impressionada com as transformações que são produzidas pelos constrangimentos impostos aos participantes por suas regras de conversar:

“Por definição, cada um dos associados de uma *palabre* sabe alguma coisa da ordem do mundo que deve ser produzido, criado, descoberto, reinventado em torno do caso que os reúne. Mas jamais a intervenção de um deve assumir a forma de uma desqualificação do que diz um outro. Isso é uma regra de conversa: cada um reconhece todos os outros como legítimos e insuficientes – só há *palabre* porque nenhum dos saberes presentes é suficiente para fabricar o sentido da situação. É, então, que podem se produzir as convergências. Não há apelo ao acordo entre os participantes, pois cada um é interessante enquanto divergente. Mas, pouco a pouco, palavras que não pertencem mais a uma pessoa em particular se põem a caracterizar a situação de maneira pertinente e ativa” (Mangeot *et al.*, 2002, s.p.).

Não poderíamos encontrar síntese mais adequada para o tipo de disposições morais e cognitivas que estamos prescrevendo para o acolhimento dialogado:

- o reconhecimento do outro como um legítimo outro;
- o reconhecimento de cada um como insuficiente;
- o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes.

Resumindo, todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo, e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades.

Temos, em síntese, que o acolhimento-diálogo corresponde a uma espécie de protocolo geral de comunicação entre todos os elementos que compõem a rede. Assim, não se trata necessariamente de uma atividade em particular, mas de um conteúdo de qualquer atividade assistencial. É assim que o acolhimento-diálogo desempenha papel fundamental na dinâmica organizacional, redundando em encaminhamentos, deslocamentos, trânsitos pela rede assistencial, que são, em última instância, o resultado do que se passa e das decisões tomadas num encontro pautado pelas já mencionadas disposições morais e cognitivas. Trata-se rigorosamente de uma técnica de conversa, um diálogo orientado pela busca de uma maior ciência das necessidades de que o usuário se faz portador, e das possibilidades e dos modos de satisfazê-las.

Essa orientação no sentido de promover maior conhecimento (de si, de suas necessidades e dos meios de satisfazê-las) já é suficiente para caracterizar esse dispositivo como educativo, no sentido mais forte do termo. E, assim, definimos como educativas todas as práticas de conhecimento que se dão no serviço (das atividades educativas em formatos mais convencionais a todas as formas de conversa em que se pesquise, em que se investigue alguma coisa), que estão fundadas no pressuposto de que as nossas necessidades (aquilo de que precisamos para ter saúde, para viver bem, para ser feliz) não nos são sempre imediatamente transparentes e nem jamais estão definitivamente definidas, mas são e desde sempre têm sido objeto de um debate interminável, de uma experimentação continuada, em que o que se refaz sem cessar é a nossa própria humanidade.

Referências Bibliográficas

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface: comunicação, saúde, educação*, v. 4, n. 6, p. 117-20, 2000.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. *Aconselhamento: um desafio para prática integral em saúde*. São Paulo: Ministério da Saúde, 1999. 61 p.

CAMPOS, M. *Acolhimento: uma proposta, um desafio. Análise de uma tendência*. Monografia (Especialização) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1997.

FILGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15 (supl. 2), p. 21-31, 1999.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 345-53, 1999.

GUIMARÃES, E. M. G. T. *Acolhimento no Centro de Saúde Noraldino de Lima: investigação sobre o acesso e resolutividade*. Monografia (Especialização) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1997.

JAKOBSON, R. *Linguística e comunicação*. São Paulo: Cultrix, 1995.

LEITE, J. C. A.; MAIA, C. C. A.; SENA, R. R. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 52, n. 2, p. 161-8, 1999.

LÉVY, P. *As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática*. São Paulo: Ed. 34, 1993.

LIMA, N. T.; HOCHMAN, G. Pouca saúde, muita saúde, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 313-332, 2000.

MANGEOT, P.; GRELET, S.; POTTE-BONNEVILLE, M. Une politique de l'hérésie (entretien avec Isabelle Stengers). *Vacarme*, n. 19, avril-juin 2002 (<http://vacarme.eu.org>). Acesso em 2002.

MATURANA, H.; VERDEN-ZÖLLER, G. *Amor y juego: fundamentos olvidados de lo humano*. Santiago de Chile: Editorial Instituto de Terapia Cognitiva, 1997.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 125-141.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001.

SIMONDON, G. *Du mode d'existence des objets techniques*. Paris: Aubier, 1958.

SOPOVA, J. Arbres à palabres et systèmes occidentaux. *Courier de l'UNESCO* (http://www.unesco.org/courier/1999_05/fr/signes/txt2.htm). Acesso em 1999.

TEIXEIRA, R. R. Agenciamentos tecnossemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 49-61, 2001.

WINOGRAD, T.; FLORES, F. *L'Intelligence artificielle em question*. Paris: PUF, 1988.

Notas

- 1 Médico sanitário, docente e pesquisador do Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa / Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (ricarte@usp.br). Pesquisador colaborador do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde / grupo de pesquisadores do CNPq – Racionalidades Médicas.
- 2 É importante, desde logo, fazer eco à colocação feita por Kenneth Rochel de Camargo Jr., durante o seminário, de que qualquer idéia de integralidade no campo da saúde só pode ser entendida como uma “idéia reguladora”, ou seja, trata-se de um referencial para o pensamento e a ação, e não necessariamente um ideal passível de realização plena. Essa distinção parece fundamental para evitarmos qualquer simplificação mais ingênua da idéia de totalidade e completude, o que quase sempre conduz a violências diversas.
- 3 Citamos, como expressão especialmente eloqüente dessa idéia de uma violenta *apartação social* e dos sentidos de *integralidade* que pode engendrar, um texto de Madel T. Luz, sobre o que chama de síndrome do isolamento e pobreza: “É compreensível, portanto, que uma parte considerável dos atendimentos em ambulatórios da rede pública das metrópoles brasileiras – acredito mesmo que de todo o mundo contemporâneo – estimada às vezes em cerca de 80%, seja motivada por queixas relativas ao que poderia ser designado como síndrome do isolamento e pobreza. Acentuo a palavra ‘pobreza’ para salientar sua

importância no momento atual da sociedade capitalista mundializada, com as consequências graves e duradouras que tem sobre as condições de saúde das classes assalariadas do planeta. Quero ressaltar que a situação socioeconômica vem sobredeterminar o isolamento já propiciado pela cultura individualista, piorando a situação de exclusão e de perda de horizonte vital dessas classes. Acentuo também que à pobreza psicológica e cultural onde vivem vem juntar-se a pobreza material, com seu cortejo de privações, de humilhações e de violência cotidiana crescente” (Pinheiro e Mattos, 2001, p. 32).

Além de evidenciar a violência contida na dupla apartação eu-outro representada por uma cultura marcada pelo individualismo e pela pobreza, a autora aponta para a constituição de novos sentidos de saúde que representariam “uma vitória sobre a morte social”, uma vitória sobre as violentas modalidades atuais de apartação e uma possível forma de realização da integralidade na prática dos serviços, através das diferentes formas de cuidado, autocuidado e troca de cuidados: “Em outras palavras, a conquista da ‘saúde’ não deixa de ser, muitas vezes, fruto de uma vitória contra a cultura atual. (...) A busca contínua e constante de cuidado é parte de uma estratégia de ruptura com o isolamento, imposto pelo individualismo e pela constante ameaça de perda de *status* e de pobreza a que essa população está exposta” (Pinheiro e Mattos, 2001, p. 33).

Não cabe, no presente momento, adentrar essa discussão sobre o cuidado que, contudo, vem-se mostrando das mais fecundas neste campo de questões em que estamos transitando (ver, a esse respeito, Ayres, 2000 e 2001). Pretendemos enfatizar aqui o aspecto, também assinalado por Luz, quando afirma que todas essas práticas de saúde, em que “o tratamento é mais perceptível como cuidado”, todas essas práticas ou atividades, “sejam coletivas ou não, favorecem o estabelecimento da comunicação, de interações sociais, a formação de grupos, redes e mesmo movimentos – ainda que muito localizados – pela ‘saúde’ ou pelo menos pela cura.” O que queremos destacar, enfim – e no sentido de uma outra conceitualização possível de integralidade –, é o que essa autora designa, de modo muito feliz, como a “restauração do tecido social comunicativo” (Pinheiro e Mattos, 2001, p. 34).

- 4 Exemplar a esse respeito o artigo “Acolhimento e processo de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil” (Franco *et al.*, 1999, s.p.): ilustra bastante bem a assinalada tendência na produção intelectual da Saúde Coletiva, já que realiza uma espécie de síntese dos dois pólos do movimento, ao articular, de maneira central, a dimensão quantitativa do acesso, representada pelo número de atendimentos e pelo rendimento profissional, com a dimensão qualitativa do trabalho, representada pelo dispositivo do acolhimento. Citamos seu resumo, para que possa, de forma sintética, destacar como os principais pontos desse trabalho tocam em várias questões que estão sendo aqui levantadas: “Este trabalho relata experiência de inversão do **modelo tecnoassistencial** para a saúde, tendo como base a **diretriz operacional do acolhimento**. O acolhimento propõe que o serviço de saúde seja organizado, de forma **usuário-centrada**, partindo dos seguintes princípios: 1) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a **acessibilidade universal**; 2) reorganizar o **processo de trabalho**, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma **equipe multiprofissional** – equipe de acolhimento –, que se encarrega da **escuta do usuário**, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; e 3) qualificar a **relação trabalhador-usuário**, que deve se dar por **parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania**. Por meio da investigação realizada, foi possível observar um **aumento significativo do rendimento profissional, dos servidores não-médicos**, que passaram a atuar na assistência; esse elevado rendimento profissional determinou, por consequência, maior oferta e **aumento extraordinário da acessibilidade aos serviços de saúde**” (grifos nossos).

- 5 Poderíamos tomar a relação com o outro nos serviços, num sentido ainda mais alargado, levando-se em conta toda e qualquer tipo de relação interpessoal de troca que aí se dá, ou seja, partindo-se de uma visão do serviço como uma rede de trocas generalizadas. Aqui, a insistência em focalizar a relação trabalhador-usuário é justificada pelo assumido viés tecnológico da presente contribuição (o que ficará mais claro na sua segunda parte), ainda que procure não perder de vista o contexto mais geral de uma rede rizomática de trocas generalizadas, da qual esta relação binomial é parte.
- 6 Em discussão com os gerentes e com 50 equipes de saúde da família do projeto Qualis, de Itaquera (periferia leste de São Paulo), realizada durante as atividades de capacitação e educação continuada de 2000, pudemos constatar que acolhimento era sinônimo de pronto-atendimento médico, sendo inclusive uma terminologia já incorporada pela população usuária, que ocorre às unidades demandando por “passar no acolhimento”, isto é, no “pronto-atendimento médico”. Na fala dos gerentes, a preocupação passa a ser a demanda por acolhimento.
- 7 A idéia de se tratar as organizações, ou mesmo, mais amplamente, a cultura, como uma rede de conversações, vem sendo defendida por diversos autores, cujas abordagens se mostram, em mais de um aspecto, de grande valor para a compreensão de nossos problemas específicos.

Winograd e Flores (1988), pesquisadores de sistemas cognitivos e computacionais, chegaram a desenvolver um *groupware* para auxiliar na dimensão pragmática da comunicação nestas redes, e que teria o papel de coordenar as diferentes ações (atos de linguagem) do grupo. Lévy (1993, p. 65) comenta essa leitura das organizações como rede de conversações e discute qual passaria a ser o papel do dirigente nessas organizações: “Pedidos e compromissos, ofertas e promessas, assentimentos e recusas, consultas e resoluções se entrecruzam e se modificam de forma recorrente nestas redes. Todos os membros da organização participam da criação e da manutenção deste processo de comunicação. Portanto, não são meras informações que transitam na rede de conversação, mas sim atos de linguagem, que comprometem aqueles que o efetuam frente a si mesmos e aos outros. Em particular, as promessas devem ser mantidas. Nesta perspectiva ecológica, o trabalho do dirigente ou do executivo não consiste em ‘resolver problemas’ ou em ‘tomar decisões’ sozinho. Ele anima e mantém a rede de conversas onde são trocados os compromissos. Ele coordena as ações. Irá, sobretudo, tentar discernir, durante sua atividade comunicativa, as novas possibilidades que poderiam abrir-se à comunidade e ameaçariam reorientar algumas de suas finalidades, gerando assim novos circuitos de conversa”.

Numa perspectiva ainda mais ampla, o biólogo Maturana estende essa idéia de uma rede de conversações ao conjunto dos processos culturais e soma ainda outras contribuições valiosas para a nossa compreensão desses processos: “Eu sustento que aquilo que conotamos na vida cotidiana, quando falamos de cultura ou de assuntos culturais, é uma rede cerrada de conversações que constitui e define uma maneira do conviver humano, enquanto uma rede de coordenações de emoções e ações que se realiza como uma configuração particular de entrelaçamento do atuar e do emocionar da gente que vive essa cultura. (...) Segue-se, daí, que nenhuma ação ou emoção particular define uma cultura, porque uma cultura, enquanto rede de conversações, é uma configuração de coordenações de ações e emoções” (Maturana e Verden-Zöller, 1997, p. 22).

8 Perdoem-me os africanos e os africanistas de língua portuguesa, mas desconheço o termo exato em nossa língua, por isso uso o termo em francês – *palabre* –, língua da maior parte dos textos que pudemos encontrar sobre o assunto. Em língua inglesa, o termo é *palaver* e, como *palabre*, também deriva do espanhol *palabra*, que, como sabemos, quer dizer *palavra*. Em inglês e francês, estas palavras têm mais genericamente o sentido de um debate ou uma longa conversação, mas também designam mais precisamente uma “conferência com um chefe negro ou dos negros entre eles” (que é o primeiro sentido apresentado para essa palavra pelo *Larousse de la Langue Française*). Em nossa língua, *palavra* não significa essa espécie de “assembléia em que são livremente debatidas várias questões e tomadas decisões importantes concernentes à comunidade” (Sopova, 1999) e que constitui, na verdade, uma formidável instituição democrática inventada pelas sociedades tradicionais africanas e disseminada por quase todos os povos da África. Poderia ser traduzida por *conselho* ou, simplesmente, *reunião*, ou ainda, *conversa*. Como, em muitos casos, essas longas discussões costumam se dar à sombra de uma grande árvore, são mais comumente designadas pelo nome completo de *arbre à palabre* ou *árvore da ‘palabre’*, que poderia ser traduzida por *árvore do conselho* ou, mesmo, *árvore da conversação*, ou ainda, poeticamente, *árvore da palavra*, *palárvore*, neologicamente, *parlarbore*.



Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde

ALUÍSIO GOMES DA SILVA JR.¹

EMERSON ELIAS MERHY²

LUÍS CLAUDIO DE CARVALHO³

1. Introdução

A organização do Sistema Único de Saúde brasileiro ainda tem como grande desafio a construção de um modelo tecnoassistencial coerente com as necessidades da população. A crítica ao modelo hegemônico baseado na biomedicina tem produzido análises em questões estruturais, de ordem política, social e econômica (Silva Jr., 1998; Mendes *et al.*, 1994; Campos, 1992; Merhy, 1992), porém ainda é incipiente o que tem sido feito no campo das práticas sanitárias e do processo de trabalho em saúde.

Alguns autores apontam a dificuldade de se atuar em um terreno de políticas e organizações fortemente instituído pela presença de forças políticas hegemônicas bem estruturadas social e historicamente, como nos modelos tecnoassistenciais em saúde (Campos, 1992; Rivera, 1989; Mendes *et al.*, 1994; Cecílio, 1994). Entretanto, é vislumbrada a possibilidade de explorar as tensões constitutivas desse terreno e, no plano micropolítico do cotidiano dos serviços de saúde, criar novas forças instituintes, novos sujeitos e novos arranjos no modo de se produzir ações de saúde (Merhy, 1997).

Este trabalho nasceu de uma parceria do Instituto de Saúde da Comunidade (ISC/UFF) com o Laboratório de Administração e Planejamento em Saúde (LAPA), do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP. Tinha como objetivo a produção de experiências e reflexões sobre as práticas sanitárias e a instrumentalização de novos modelos tecnoassistenciais em saúde.

Escolheu-se como palco da experiência não um serviço público, no qual algumas dificuldades de acesso às tecnologias de saúde não facilitam a observação da utilização delas, mas um serviço privado, com lógica estruturante semelhante à do público.

Dentro do setor privado, destaca-se o segmento das autogestões em saúde, que, dadas suas características não-lucrativas e de gestão compartilhada entre empresas e trabalhadores, assemelha-se muitas vezes aos serviços públicos, ao enfrentar desafios comuns, como o de viabilizar a oferta integral de ações de saúde adequada às necessidades das populações cobertas.

Algumas dessas empresas de autogestão optaram pelo desenvolvimento de serviços próprios que imprimissem novas lógicas assistenciais e maior efetividade da atenção à saúde.

Essas ricas experiências, embora contando com recursos maiores e mais amplos que os do sistema público, também enfrentam as questões do modelo tecnoassistencial hegemônico em seu cotidiano.

Contornada a dificuldade econômico-financeira que existe no serviço público, é possível observar com mais fluidez, naqueles serviços privados, os processos de trabalho das equipes de saúde e sua relação com a população. O estudo foi desenvolvido no Rio de Janeiro e fazia parte da estratégia de avaliação e de construção do modo de agir dos serviços próprios daquela empresa.

A metodologia utilizada foi a observação participante e a construção do *fluxograma analisador*⁴, proposto por Merhy (1997) e desenvolvido por Meneses (1998).

A fim de visualizar o processo de trabalho existente no serviço de saúde, procurou-se um usuário que:

- estivesse há pelo menos seis meses freqüentando o serviço, o que possibilitaria um retrato mais condizente com a realidade de seu cotidiano de trabalho;
- tivesse passado por pelo menos três profissionais do serviço, para avaliar a integração das ações entre os profissionais e relações do serviço com o usuário (acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização, resolubilidade e autonomia despertada no usuário)⁵;
- usasse a rede credenciada da empresa, para avaliar também os itens acima.

Após a seleção aleatória dos prontuários, iniciamos a busca pelo “usuário típico”, sendo escolhido um de faixa etária em torno de 60 anos e do sexo feminino⁶. Esta freqüentava o serviço de saúde da empresa há nove meses, durante o qual passou por cinco profissionais dessa unidade e dois da rede credenciada.

A construção do fluxograma analisador foi realizada através de pesquisa do prontuário da usuária existente no serviço de saúde e de entrevista com a paciente. Após sua conclusão, o fluxograma foi discutido na supervisão dos trabalhos da Residência Médica do LAPA e ISC/UFF, e na equipe da Coordenação de Saúde da Empresa de Autogestão, a fim de apontar os ruídos⁷ e elaborar dinâmicas para a problematização do fluxograma.

Concluídas essas etapas, o caso foi apresentado na reunião de supervisão da equipe do serviço de saúde, com o objetivo de problematizar os ruídos destacados pela coordenação e aqueles apontados pela equipe para, assim, se discutir a reestruturação do modelo de atenção existente.

2. A propósito de um caso

Vânia tem 60 anos de idade, é baiana e foi criada pelos avós. Aos 22 anos de idade veio trabalhar na cidade do Rio de Janeiro e, ao completar 30 anos, iniciou sua carreira como bancária. Formou-se em Serviço Social e Direito. Em relação à vida amorosa, casou-se aos 40 anos de idade e divorciou-se aos 56 (há quatro anos). Continuou mantendo vínculo afetivo com seu ex-marido. Aposentou-se no banco há três anos, mora sozinha, adora viajar, caminhar e ler.

Quanto aos problemas de saúde relevantes, aos 12 anos de idade dona Vânia apresentou febre reumática e nos últimos 30 anos vem frequentando serviços de saúde, devido às lesões orovalvares (aórtica e mitral) adquiridas. Foi acompanhada durante todo esse período por um cardiologista na rede credenciada da empresa em que trabalhava. Realizou cirurgia bilateral de varizes há 18 anos, porém persiste com insuficiência venosa periférica. Foi também submetida à cirurgia de osteossíntese para fratura de úmero ocasionada por um acidente de carro. Não obteve boa consolidação óssea e no momento da retirada do pino do úmero fez um choque anafilático durante a anestesia. O pino metálico não foi retirado. Há três anos foi submetida a uma cirurgia de substituição de válvulas cardíacas em São Paulo. No último ano, fez uma cirurgia de retirada de nódulo da mama esquerda e foi acometida de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) em momentos distintos. Nas primeiras 48 horas após o AVC, apresentou hemiparesia esquerda, restabelecendo-se do quadro clínico sem seqüelas aparentes. Além do cardiologista, é acompanhada por uma médica homeopata há quatro anos. Anualmente, realiza exame preventivo ginecológico com um ginecologista.

Em 5/01/1998, procurou o serviço de saúde da empresa em que trabalhava, com queixa de dificuldade de andar em linha reta. Buscou esse serviço na perspectiva de encontrar um profissional, um clínico geral, que a olhasse de maneira mais ampla e menos fragmentada. Foi atendida por uma médica clínica, dr^a Norma, a qual fez o relato acima.

No momento da consulta, fazia uso de medicação anticoagulante (cumarínico) e um antiarrítmico. Os sintomas que a levaram à médica clínica tinham começado há um mês, com a sensação de desmaio e sudorese. Na ocasião, buscou uma clínica cardiológica na Tijuca, porém não conseguiu estabelecer a causa do problema. Não percebendo nenhuma alteração funcional ao exame físico que justificasse o quadro apresentado, dr^a Norma pediu à paciente que trouxesse os resultados dos exames realizados até então. Prescreveu vasodilatador cerebral e periférico, marcando seu retorno em 60 dias. Nesse intervalo de tempo, Dona Vânia foi a um oftalmologista para acompanhamento de sua miopia, hipermetropia, astigmatismo e pressão intra-ocular – faz isso anualmente, pois em sua família há casos de glaucoma.

Retornou à dr^a Norma em 03/03/1998, ainda com dificuldade eventual de andar em linha reta e de movimentar o primeiro dedo do pé esquerdo. Apresentou exames datados de 25/11/1997, que estavam alterados em relação à dosagem sérica de colesterol total (249 mg/dl) e LDL (162 mg/dl). Os valores estavam acima dos desejáveis. Também se mostrou preocupada com o nódulo na mama, que há cerca de um ano havia operado. Depois de alguns meses, fez uma nova mamografia, em que foi constatado que a imagem do nódulo continuava. Por este motivo, resolveu procurar um ginecologista amigo da família em Recife, por ocasião de suas viagens. Após o exame, o ginecologista informou que “o nódulo não foi retirado, pois estava muito profundo e com a intervenção cirúrgica criou-se uma cápsula nas camadas mais superficiais, dando uma imagem semelhante a do nódulo”. O médico, então, retirou a cápsula recém-formada e deixou o nódulo, por achar que estava muito profundo e com o tempo iria diminuir de tamanho.

Dr^a Norma achou melhor solicitar um parecer do cirurgião do serviço da empresa, muito experiente em oncologia, para saber qual a melhor conduta para essa situação. Manteve a medicação e solicitou nova dosagem de colesterol com retorno em 60 dias. Pensou em encaminhá-la para um fisioterapeuta de sua confiança, porém a paciente relatou que já tinha uma, há pelo menos quatro anos, para tratamento de alteração da coluna

lombar. A médica resolveu, então, que solicitaria acréscimo de alguns exercícios para tratamento da assimetria existente entre os membros inferiores. Foi feito também encaminhamento para um neurologista (avaliação da dificuldade de andar em linha reta) no mesmo serviço de saúde.

Consultou o cirurgião referenciado em 02/04/1998, que, após exame físico e análise de mamografias anteriores, concluiu que o nódulo em quadrante superior esquerdo que a paciente possuía estava calcificado, não sendo indicada a cirurgia neste caso. Diagnosticou-o como displasia mamária não-especificada.

Procurou o neurologista em 20/04/1998, levando a tomografia computadorizada e o *ecodoppler* de carótida realizados há um ano, na ocasião de seu AVC. Constatou-se redução da luz das carótidas, entretanto sem alterações hemodinâmicas significativas. Ao exame físico neurológico não foram encontradas alterações que justificassem o quadro clínico. Solicitou um exame de eletroencefalograma com mapeamento cerebral e encaminhou dona Vânia para uma pós-consulta com uma auxiliar de enfermagem, onde seria orientada sobre medidas para controlar a hipercolesterolemia. A auxiliar limitou-se a entregar-lhe uma caderneta de saúde⁸, que não foi mais usada.

Em nova consulta com dr^a Norma (em 05/05/1998, quatro meses após a primeira), relatou que estava se sentindo melhor. O exame de dosagem sérica de colesterol total e LDL não se alteraram, permanecendo acima do esperado. Disse que estava fazendo dieta e caminhadas. Dr^a Norma manteve a medicação e prescreveu fenofibrato, para reduzir a hipercolesterolemia. Solicitou nova dosagem sérica de colesterol e retorno em 30 dias.

Em maio, fez uma consulta regular ao cardiologista, que realizou um eletrocardiograma e a orientou sobre a manutenção dos medicamentos e sobre a necessidade de monitorar sua coagulação sanguínea. Em caso de alteração, deveria avisá-lo, para que pudesse ajustar a dose do medicamento anticoagulante.

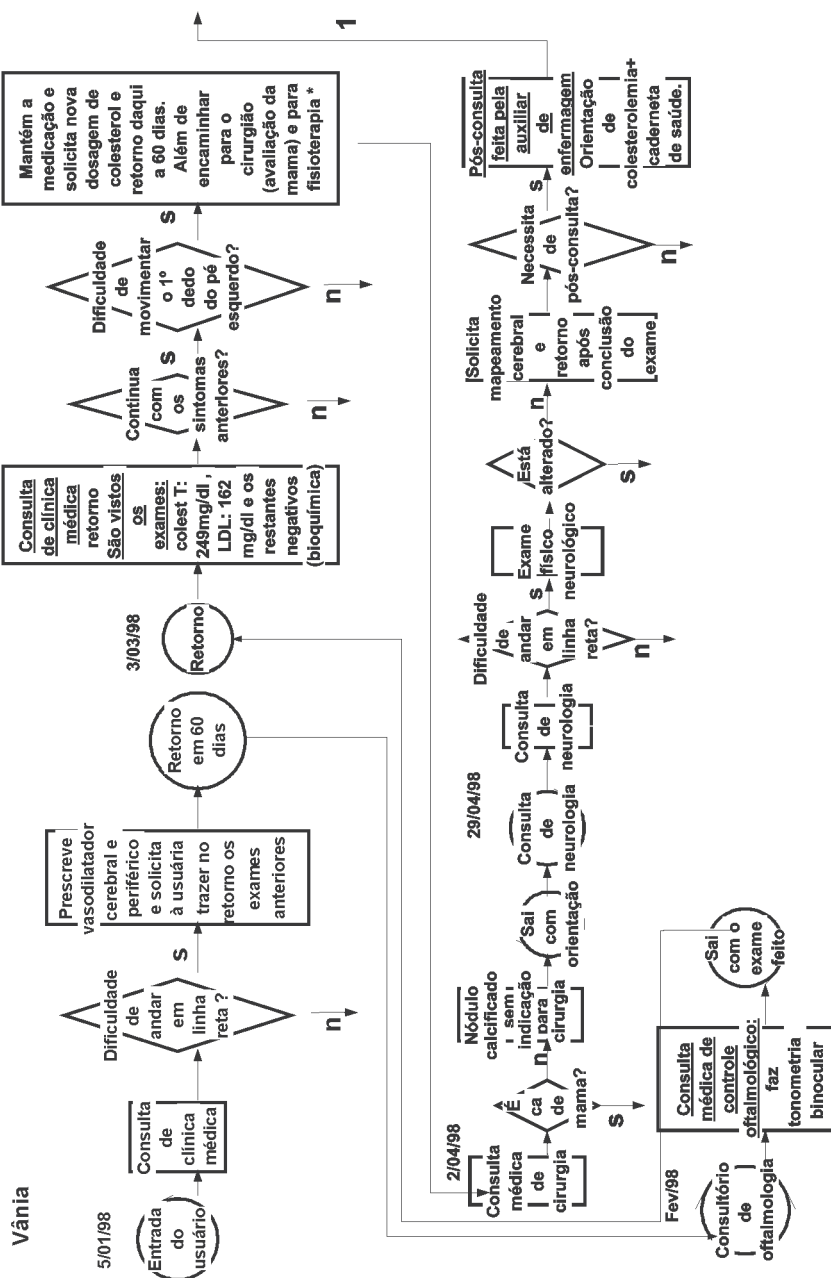
Levou o resultado do mapeamento cerebral (normal) ao neurologista em junho. Para tranquilizá-la sobre sua dificuldade de andar em linha reta, o neurologista encaminhou-a a novos exames de ecocardiograma bidimensional com *doppler* e *ecodoppler* de carótidas e vertebrais, devendo a paciente retornar com os resultados. Esses exames haviam sido realizados há menos de um ano.

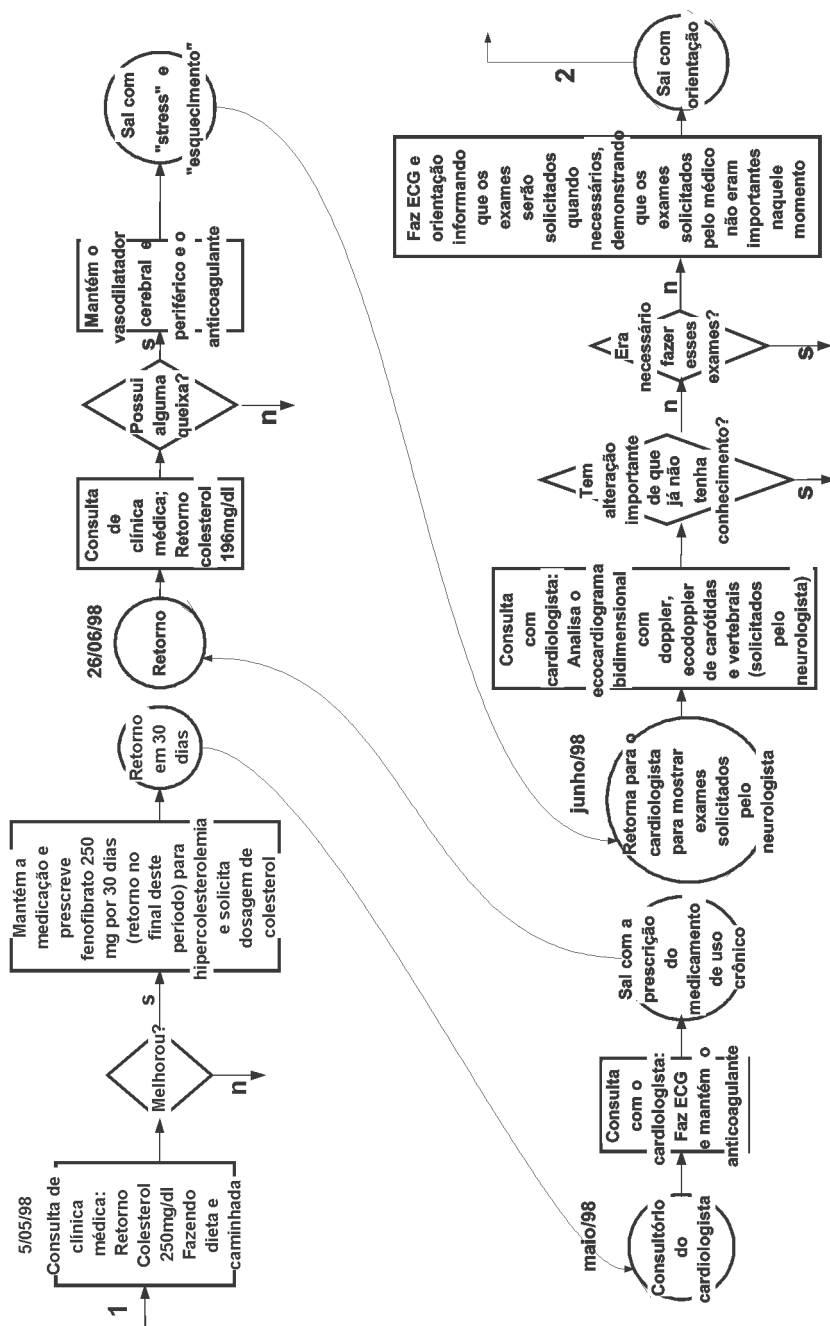
Em 26/06/1998, na consulta com dr^a Norma, relatou *stress* e esquecimento, que se iniciaram após a morte de seu ex-marido (09/05/1998). O exame de colesterol normalizou-se. A médica suspendeu o fenofibrato, mantendo os outros. Ao sair dessa consulta, dona Vânia percebeu no mural de avisos do serviço de saúde a programação de uma atividade de biodança. Curiosa e interessada em distração, resolveu inscrever-se na atividade semanal.

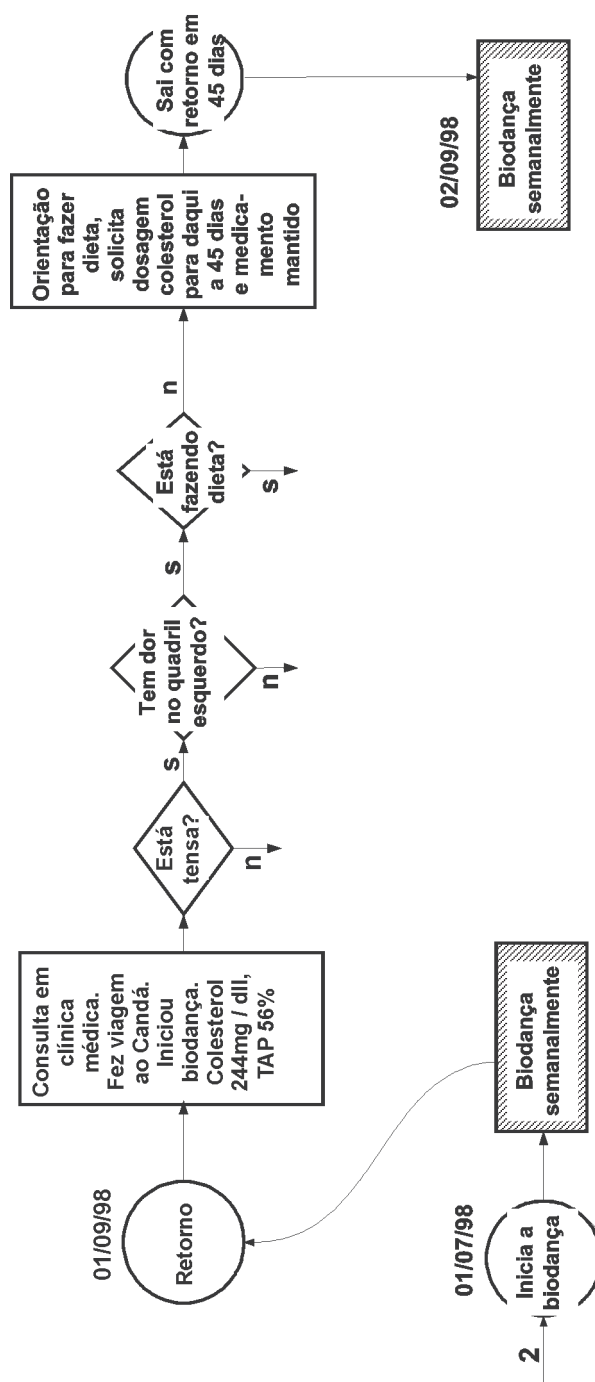
Retornou ao cardiologista e mostrou os resultados dos exames solicitados pelo neurologista. Constando a não alteração dos exames em relação aos anteriores, advertiu-a de que não eram necessários, por ora, aqueles exames e que deveria confiar nele, pois, quando necessário, ele pediria novos exames. O cardiologista realizou novo eletrocardiograma e manteve a medicação.

Na consulta com a médica clínica, em 01/09/1998, relatou estar frequentando a biodança e ter viajado para o Canadá. Estava se sentindo bem em relação ao quadro clínico referido na última consulta, porém ao saber que uma amiga foi operada para tratamento de aneurisma de aorta, iniciou os sintomas de tensão e nervosismo e dor no quadril esquerdo, cujo tratamento estava fazendo com a fisioterapeuta. A dosagem do colesterol voltou a elevar-se e a coagulação sanguínea a alterar-se. A médica orientou-a novamente quanto à dieta, solicitou nova dosagem de colesterol, marcou seu retorno para 45 dias e manteve os medicamentos em uso.

Dona Vânia continuou participando da biodança e relatou adorar a atividade. Nas últimas sessões vinha apresentando tonteira quando fazia exercícios em posição ortostática. Queixou-se ao instrutor e ao cardiologista, e ambos afirmaram que possivelmente esse sintoma seria decorrente de inspirações profundas durante o exercício, o que levava a uma alcalose respiratória. Referiu que, depois de se queixar com o instrutor, ele telefonou para ela, duas vezes, para saber se ela estava bem. Tal atitude foi apreciada e valorizada.







3. Pontos para reflexão

3.1. *Primeiro ruído – a capacidade de ouvir o usuário e acolher sua demanda*

Dona Vânia procura vários serviços de saúde para cuidar de seus sofrimentos. O vínculo maior é com o seu cardiologista, a quem considera um amigo. Tem sintomas e queixas abstratas e gostaria de ser escutada. Os profissionais de saúde que se relacionam com ela parecem cuidar de partes específicas de seu corpo, conforme sua especialização ou área de conhecimento. Mesmo a médica homeopata parece não ter proporcionado o vínculo com dona Vânia, pois esta não mais procurou a profissional.

Quando buscou o serviço de sua empresa, foi atraída por um discurso de integralidade no atendimento, que vinha ao encontro de seu desejo de ser vista de forma ampla e não fragmentada. Entretanto, apesar do discurso apresentado, foi recebida pela médica clínica da forma tradicional. Mesmo dispondo de tempo de escuta na consulta (40 a 50 minutos), valorizou apenas o relato que pudesse ser associado às lesões orgânicas objetivas, não tendo aprofundado questões subjetivas, de ordem emocional e social.

A dificuldade de ouvir as demandas dos pacientes e de tratá-los como outro sujeito, com desejos, crenças e temores, tem sido causa de inúmeros fracassos na relação entre trabalhadores de saúde e a população.

Vaitsman ressalta que o “indivíduo como objeto de qualquer ação interventora – por exemplo, a educação ou a medicina – deve ser reconhecido enquanto *locus* de singularidade que produz e define necessidades específicas que devem ser ouvidas e respeitadas” (Vaitsman, 1995, p. 8). Aponta-se para possibilidades de mudanças, à medida que se aprofunda o entendimento conceitual sobre trabalho em saúde, embasando a construção de uma nova maneira de produzir saúde na rede de serviços assistenciais.

Procurando enfrentar o tema do acolhimento dos usuários nos estabelecimentos de saúde e tentando construir um agir cumpliciado do trabalhador com a vida individual e coletiva do usuário, estimula-se um conjunto de reflexões teóricas que permitem construir um modo competente de realizar a mudança de um modelo de atenção corporativo *centrado* para um usuário *centrado*. Os usuários, de modo geral, não reclamam de falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas da falta de

interesse e de responsabilização dos serviços. Sentem-se, assim, inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados (Merhy, 1998, p. 104).

Campos (1992) advoga a necessidade de ampliar a capacidade de escuta do profissional de saúde, incorporando instrumental oriundo da psicanálise e de outras disciplinas para reestruturar a clínica num sentido mais humanizado, acolhedor dos sofrimentos individuais, traduzindo-o em dimensões físicas, psíquicas e sociais. Assim, tornam-se possíveis intervenções mais integradoras dessas dimensões.

Na realidade, há uma dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com sofrimentos; preferem lidar com doença, na qual a racionalidade da biomedicina estabelece referência e pontos de intervenção sobre as “lesões” e “disfunções” detectadas.

Campos (1992, p. 181) destaca também que a redução do paciente à condição de objeto de investigação clínica é um aspecto da atenção individual que tem grandes repercussões sobre a eficácia dos serviços de saúde. A relação profissional/cliente é um fator importante para o processo terapêutico, e sua desigualdade e pressuposta passividade do paciente devem ser questionadas.

Ao preferir buscar lesões ou disfunções na paciente, através de exames e pareceres, a médica clínica adiou o estabelecimento de uma relação dialógica que poderia permitir uma compreensão dos problemas trazidos por dona Vânia. Não havia impedimento para que essa relação fosse construída paralelamente à investigação biológica.

3.2. Segundo ruído – capacidade de articular conhecimentos gerais e especializados na investigação dos problemas

Ao encaminhar dona Vânia aos especialistas, dr.^a Norma parece transferir a responsabilidade do cuidado, em vez de compartilhá-lo com outros profissionais.

Há uma idéia de que as equipes de saúde produzem conhecimentos sobre o problema trazido pelo paciente a partir do ordenamento de procedimentos investigativos que, justapostos, ofereceriam uma visão integradora do caso. Na maioria das vezes, a ênfase nesses procedimentos e a incapacidade de produzir núcleos comuns de discussão do caso produzem visões fragmentadas, desfocando a integralidade do paciente. O esforço de constituir foco comum entre os profissionais centrando a atenção no paciente é um desafio para as equipes.

Alguns autores defendem o estabelecimento de uma referência na equipe para o usuário. Um ou mais profissionais que estabeleçam vínculos mais estreitos, que permitam aprofundar, ao longo da relação, conhecimentos sobre o “jeito de levar a vida” do usuário e interpretar suas demandas (Campos, 1992; Merhy, 1998).

No caso apresentado, a médica clínica poderia ter-se constituído nessa referência, melhor decodificando o relato de dona Vânia, tentando perceber as razões de seu sofrimento para além de uma lógica biológica mecanicista. Poderia usar seu conhecimento mais geral nesse diálogo e agregar mais conhecimentos específicos à investigação, mantendo porém a integridade da paciente.

3.3. Terceiro ruído – o projeto terapêutico individualizado e as tecnologias em saúde

Na busca de alívio para seus sofrimentos e nos vários encaminhamentos aos especialistas, dona Vânia não encontrou espaço para a individualização das suas questões e das alternativas de terapia propostas. A abordagem utilizada por todos os profissionais, independentemente de relações próximas em um mesmo serviço de saúde, foi concentrar-se em segmentos corporais e possíveis lesões.

A solicitação de exames funcionais e a prescrição de medicamentos foram mais enfatizadas nos atos médicos do que os processos educativos que pudessem aumentar a informação da paciente sobre seus problemas e medidas relativas ao estilo de vida.

Destaca-se também a pouca comunicação entre os profissionais que atendem a dona Vânia. Em muitos casos, essa multiplicidade de especialistas, desarticulados na atenção à usuária, leva a ações sobrepostas, repetidas, às vezes desnecessárias e pouco resolutivas. Sem falar no desgaste sofrido por dona Vânia nas idas e vindas a tantos profissionais, sem encontrar respostas ou alívios para seu sofrimento.

As equipes de saúde exploram pouco os espaços relacionais com os usuários como espaço terapêutico e pouco conhecem sobre outras tecnologias que ofereçam apoio psicológico, vivências alternativas e ações que desloquem o eixo terapêutico da correção de “disfuncionalidades” biomecânicas para o fortalecimento da auto-estima, dos espaços afetivos, da autonomia e da vida saudável.

Mesmo com certo constrangimento, a equipe, pouco a pouco, começou a perceber as dificuldades em operar o tal discurso da integralidade. As propostas iniciais de superação das dificuldades (ou ruídos) foram em torno de programas de capacitação ou educação continuada. Buscavam ter acesso ao conhecimento sobre questões psicológicas e sociais, para poderem encaminhar melhor os usuários aos profissionais especializados.

A supervisão propôs uma linha de capacitação que, através da discussão de casos e conteúdos, instrumentalizasse a atuação de cada profissional individualmente e em articulação com a equipe. A ênfase dos conteúdos na capacitação foi proposta no sentido de proporcionar vivências com as quais os profissionais pudessem identificar-se, devido ao sofrimento dos usuários, e pudessem buscar no conhecimento dos membros da equipe as abordagens mais adequadas na condução dos casos.

Algumas atividades terapêuticas começaram a ser mais bem compreendidas pela equipe e outras foram introduzidas por novos profissionais, como acupuntura, grupos de vida saudável, grupos de motivação voluntária, ioga, grupo de caminhada e outras, que estimulavam a participação da equipe e convivência, de outra forma, com os usuários.

Os membros da equipe, mesmo com vivências, conhecimentos e dificuldades diferentes, constroem no cotidiano de suas práticas seus momentos de reflexão, incorporando ou compreendendo melhor outras práticas de saúde.

Na formação e capacitação de profissionais de saúde há, de modo geral, ênfase na aquisição de conhecimentos estruturados sobre doenças e agravos. Isso gera uma lacuna de formação no campo relacional, transferindo à sensibilidade e habilidade de cada profissional a possibilidade de um bom desempenho, como verificou Favoreto (2002), ao analisar o Programa Médico de Família do Ministério da Saúde. A introdução de formação específica no campo relacional poderia instrumentalizar a melhor atuação dos profissionais.

É necessário recuperar conteúdos e estratégias educacionais que permitam contemplar o conhecimento de tecnologias relacionais e ao mesmo tempo oferecer oportunidade de vivência permanente dessas abordagens.

4. Considerações finais

Os problemas levantados com o presente caso são freqüentes no cotidiano dos serviços de saúde. Gestores e profissionais comprometidos com a melhor adequação das práticas sanitárias e com as necessidades dos usuários precisam lançar mão de tecnologias que possam constantemente reavaliar suas práticas.

A observação e discussão atenta de como se constrói o cotidiano das relações entre a equipe de saúde e seus usuários constitui campo promissor na possibilidade de mudanças do “fazer a saúde”.

Referências Bibliográficas

CAMPOS, C.; CARVALHO, D. M.; REIS, A. T.; SANTOS, A. F.; MERHY, E. E. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xamã, 1998.

CAMPOS, F. E. *Resolutividade: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1988.

CAMPOS, G. W. S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. S.; CHAKKOUR, M.; SANTOS, R. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, 1997.

CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

FAVORETO, C. A. O. *Programa de Saúde Família no Brasil: do discurso e da prática*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.

HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J. Assessing health quality. The case of tracers. *The New England Journal of Medicine*, v. 288, n. 4, p. 189-193, 1973.

MENDES, E. V. *et al.* (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENESES, C. S. *A unicidade do Sistema Único de Saúde em questão: a integralidade e a hierarquização do cuidado sob a perspectiva do trabalho vivo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1998.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. *et al.* *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xamã, 1998, p. 103-120.

MERHY, E. E. *A saúde pública como política*. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In : MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O.; NOGUEIRA, F. R. C. Por um modelo técnico-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. *Revista Saúde em Debate*, n. 33, p. 83-89, 1991.

RIVERA, F. J. U. *Programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989.

SILVA JR., A. G. Lógicas de programas ações de saúde. In: BARBOZA, P. (Org.). *Curso de Autogestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 2001, p. 82-107.

SILVA JR., A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

VAITSMAN, J. Subjetividade e paradigma de conhecimento. *Boletim Técnico do SENAC*, v. 21, n. 2, p. 3-9, maio/agosto 1995.

Notas

1 Professor do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense. Pesquisador colaborador no Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde / grupo de pesquisadores do CNPq – Racionalidades Médicas.

2 Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

3 Médico Sanitarista.

4 O fluxograma analisador é um instrumento proposto pelo LAPA/DMPS/FCM/ UNICAMP, cuja utilização serve para demonstrar, através de símbolos, o processo de trabalho existente em um determinado serviço. Os símbolos utilizados para confecção do fluxograma são os seguintes:



⇒

Significa o início ou o fim da cadeia produtiva, ou seja, entrada ou saída de algum serviço.



⇒

Significa etapa - o momento importante da cadeia produtiva na qual ocorre consumo de recursos e produção de produtos bem definidos.



⇒

é o momento de decisão, que sempre oferece dois caminhos, etapas diferentes.

5 Para mais esclarecimentos sobre os conceitos utilizados, ver Silva Jr. (2001).

6 Quarenta por cento dos usuários atendidos nesse serviço de saúde possuem tais características.

7 Ruído é quando o que foi pactuado anteriormente em equipe não está sendo cumprido pelo profissional, o que leva a estranhamentos no grupo, no processo de trabalho ou no modelo de atenção no cotidiano (Merhy, 1997).

8 A caderneta de saúde foi criada pelo serviço de saúde da empresa para que pudessem ser registrados todos os eventos relativos à saúde do usuário e para que o mesmo pudesse portar esses registros, para seu próprio controle e orientação dos profissionais de saúde.

Aconselhamento Médico e Diversidade Cultural: A Busca de um Enfoque Integral na Prática da Medicina de Família¹

OCTAVIO BONET²

Há alguns meses, no Caderno Mais do jornal *Folha de São Paulo*, foi publicado um artigo em que se comentava a idéia, em discussão num laboratório de computação dos EUA, de construir um ser humano virtual. Quando um dos pesquisadores foi consultado sobre as possibilidades de se criar esse ciber-humano, ele respondeu que isso era impossível e disse: “não temos conhecimentos suficientes sobre o ser humano como um todo. Temos conhecimentos de pedaços distintos, mas não dispomos de *conhecimentos integrados*” (1/6/2001, p. 25, grifo nosso).

Nesse momento nos interessamos pela idéia da falta desses conhecimentos integrados. No pensamento do antropólogo Gregory Bateson, pode-se perceber a preocupação frente à tendência da ciência de se separar da idéia de totalidade. Ao se referir à medicina, escreveu: “dentro desta ciência há um conhecimento extraordinariamente escasso (...) do corpo como sistema autocorretivo organizado ciberneticamente. Suas interdependências internas compreendem-se em um grau mínimo” (Bateson, 1976, p. 464). Para ele, isso derivou do fato de se pensar com um *propósito* - quando seguimos um propósito, perdemos de vista a totalidade, perdemos de vista a organização sistêmica. Já não perceberíamos a totalidade, mas circuitos parciais dessa totalidade.

Em certa medida, os êxitos da medicina ocidental moderna, que ninguém pode negar, foram alcançados seguindo propósitos (no sentido que apontamos acima) e mantendo-se separados de uma visão total da pessoa; mas, também, por essa mesma razão, décadas atrás, começou-se a falar de uma crise da biomedicina. Ao mesmo tempo, dentro dela começaram movimentos que tentavam recuperar uma “medicina da pessoa”, que tentavam retomar o caminho da totalidade.

Junto com outras especialidades médicas, a medicina de família, ou medicina integral, ou geral e comunitária, segundo o contexto no qual nos situemos, procuraria retomar esse caminho da totalidade, e o faria utilizando os novos paradigmas e as velhas idéias que dia a dia ganham espaço na ciência e na sociedade.

Como consequência dessa nova *epistemologia*, ao defender um enfoque em que se prioriza a totalidade ou a integralidade do paciente, o médico de família não poderia focalizar só a doença, mas se converteria num promotor da saúde das pessoas e das comunidades. Um dos meios privilegiados de sua prática para essa nova função seria o aconselhamento médico: através dele, o médico faria as tarefas de promoção de saúde. Mas essas novas funções do médico o colocariam, como nunca antes, frente à diversidade cultural e nos poriam, a todos, frente a uma nova onda de medicalização da vida cotidiana.

O objetivo deste artigo é perguntar como os médicos se posicionam frente a essa nova característica de seu trabalho e frente à diversidade cultural que enfrentam em sua prática cotidiana. Poder refletir sobre sua posição frente à diversidade lhes permitiria perceber a posição de seus pacientes e os colocaria frente à racionalidade ilimitada de sua epistemologia e aos limites de sua prática.

É necessário aclarar, neste ponto, que não estamos dizendo que o médico de família seja o único que realiza a promoção da saúde e que aconselha seus pacientes. Mas que, entre suas novas atribuições, a promoção e o aconselhamento são atributos básicos para a configuração de sua identidade. Deste modo, podemos encontrar médicos de família que se autodefinem como especialistas em promoção e participação comunitária.

1. Epistemologia, racionalidades e paradigmas

Referimo-nos aqui à *epistemologia* no sentido que Gregory Bateson (1989, p. 33) dá ao termo: “a ciência que estuda o processo do conhecimento”. Ou como uma ciência e uma filosofia:

“como ciência, a epistemologia é o estudo de como organismos particulares ou constelações de organismos ‘conhecem’, ‘pensam’ ou ‘decidem’. Como filosofia, a epistemologia é o estudo dos limites necessários e de outras características dos processos de conhecer, pensar e decidir” (Bateson, 1989, p. 205).

Uma epistemologia é uma forma de ver o mundo; no processo de aprendizagem da medicina, adquire-se uma forma de ver e portanto constrói-se ou estrutura-se um mundo. Esse processo consiste na paulatina formação de um sistema de idéias para explicar o mundo de “fora”. Mas, nessa aprendizagem, o que se teria esquecido é que o mundo, em grande medida, depende dos óculos com os quais o estamos enxergando. Podemos ver que o uso que fazemos de epistemologia se aproxima do conceito de cosmologia que Luz (1997) coloca como estando na base de toda racionalidade médica.

É óbvio que a medicina ocidental moderna, ou biomedicina, não é a única epistemologia atuante no que definiremos como *campo da saúde* – entendendo campo como:

“uma rede ou configuração de relações objetivas entre posições. Essas posições se definem objetivamente na sua existência e na determinação que impõem a seus ocupantes, por sua situação atual e potencial na estrutura de distribuição das diferentes espécies de capital e por suas relações objetivas com as demais posições” (Bourdieu e Wacquant, 1995, p. 64).

Embora a biomedicina, como diz Le Breton, se supunha “como a palavra de verdade, única e científica e por isso intocável (...) contra a qual devem avaliar-se os outros modos de gestão do mal” (Le Breton, 1995, p. 184), falamos do *campo da saúde* e não do *campo biomédico* porque, dessa forma, colocamos a biomedicina como uma das possíveis epistemologias em disputa.

Poderíamos considerar que esse campo da saúde inclui dois campos menores que, por sua vez, agrupariam as diversas posições: um deles seria a denominada *biomedicina*, e o outro o denominaria *medicinas românticas*. Neste, queremos agrupar todas aquelas racionalidades médicas que frequentemente recebem o nome de alternativas, doces ou lentas, que estariam reunidas, seguindo Luz, no *paradigma bioenergético* (por oposição ao *paradigma biomédico*). A separação entre os dois campos ficaria estabelecida a partir da ênfase dada à idéia de totalidade ou de integralidade. As denominadas medicinas românticas encontram entre suas características fundamentais a busca da totalidade da pessoa e de um enfoque holístico da doença e da terapia.

As bases da racionalidade biomédica começaram a se estabelecer no momento em que se iniciava um processo de desencantamento do mundo. Ao mesmo tempo, como Campbell (1995) mostrou, produzia-se um

encantamento do mundo interno psíquico, que iria mediar entre o indivíduo e a realidade objetiva. Campbell, ao analisar o processo de desenvolvimento do consumismo moderno, põe em jogo distintas tradições culturais, que representam diferentes visões de mundo. Assim, podemos dizer junto com ele que

“ao mesmo tempo a cultura de um grupo de classe pode incorporar ou transmitir mais de uma ética social, as pautas complexas e diferenciadas da ação social permitem comportamentos governados por valores contrastantes que serão incorporados em um estilo de vida abrangente” (Campbell, 1995, p. 221).

Posteriormente, afirma:

“a lógica cultural da modernidade não é meramente aquela da racionalidade como expressada nas atividades do cálculo e do experimento; é também aquela da paixão e do sonhador criativo nascido do desejo. Mais importante que alguma das duas é a tensão gerada entre elas, porque é disso que emerge o dinamismo do Ocidente” (Campbell, 1995, p. 227).

Aceitando o afirmado anteriormente por esse autor, vemos que desde os começos da modernidade operam, no Ocidente, dois diferentes paradigmas ou teodicéias (Campbell, 1997). Frente à ética da racionalidade, que Weber associou à tradição protestante – na qual, embora as emoções estivessem presentes, não se fomentava sua expressão –, encontraremos uma ética do sentimento e das emoções que no início do século XIX cristalizou-se no que se denominou tradição romântica.

Essa tradição foi uma reação contra a visão racionalista, empirista e materialista do século XVIII. Campbell argumenta que os românticos opuseram à filosofia newtoniana, que havia ocasionado “o desencantamento do mundo e a redução de toda a vida ao *status* da máquina” (Campbell, 1995, p. 181), a filosofia do organicismo dinâmico, que substituiu a metáfora da máquina pela metáfora do crescimento e os valores de uniformização, universalização e racionalização pelos valores de mudança, diversidade, individualidade e imaginação (*idem*). O pensamento romântico preocupou-se em estabelecer uma inteligência do homem no mundo e não separada dele, instituindo uma epistemologia que restaurava uma forma unitária do saber. Para os românticos, era “absurdo pretender entender o conjunto a partir do elemento; o elemento, arrancado do conjunto, não é mais que uma parte morta, onde o sentido está ausente” (Gusdorf, 1982, p. 423).

No seu trabalho *A orientalização do Ocidente*, Campbell sugere que se estaria vivendo uma mudança da teodicéia que caracterizou o Ocidente na modernidade. Essa mudança é chamada de orientalização. Suas características seriam, entre outras, a ênfase na totalidade, na integração, na pessoa, nas emoções e na intuição. Contudo, esse processo de orientalização não se refere à “importação de idéias externas, mas pode ser entendido como facilitado pela presença de uma tradição cultural nativa do Ocidente” (Campbell, 1997, p. 13).

Essa orientalização estaria marcada por uma volta às tradições, que no Ocidente eram crenças de uma minoria. Posteriormente, Campbell sustenta que “um grau fundamental de orientalização da cultura européia ocidental já teria ocorrido como consequência do movimento romântico (Campbell, 1997, p. 18). Mas, no século XX, existiriam momentos, como o da década de 1960, em que essas idéias orientalizantes se expressariam com maior força. Ou seja, nesses momentos, produzir-se-iam reacomodamentos e inversões na importância dos dois paradigmas culturais ou teodicéias.

Esse processo de orientalização pode ser tomado como gerador de algumas das críticas que a base epistemológica da biomedicina está sofrendo há décadas. Esse processo de crítica originou a chamada crise da medicina, que levou Foucault a se perguntar se não é, na verdade, uma crise da antimedicina e não uma crise da medicina. Essa antimedicina seria “a medicina individualista, clínica, do colóquio singular” (Foucault, 1996, p. 70) – chamada também de biomedicina.

Essas críticas provêm de fora da biomedicina. Entre muitos outros, podemos nomear os trabalhos de Foucault (1991, 1996), Taussig (1995), Clavreul (1983) e Hahn (1985), que focam as consequências do reducionismo biologicista da biomedicina sobre a relação médico-paciente; ou os trabalhos de Good (1992) e Baszanger (1989), que analisam as consequências da síndrome da dor crônica sobre a prática da medicina.

No momento em que essas críticas eram feitas, dentro do campo biomédico foram produzidas outras críticas – mas por ora queremos somente resgatar os trabalhos de Georges Engel, particularmente aqueles em que ele propõe a necessidade de um novo modelo para a biomedicina (1977) e a sua aplicação clínica (1980).

Consideramos esses trabalhos importantes porque neles se propõe o modelo biopsicossocial, considerado por vários grupos de médicos de família como a base de sua prática. Neles é destacada a necessidade de

relacionar os diferentes níveis incluídos em um problema de saúde e se explicita a relação com a totalidade³. Segundo o autor:

“para a medicina em particular a negação da totalidade inerente no reducionismo biomédico é altamente responsável pela preocupação do médico com o corpo e com a doença e pela correspondente negação do paciente como pessoa” (Engel, 1980, p. 583).

Esse processo de críticas teria coincidido com a perda da hegemonia do modelo biomédico dentro do campo da saúde, permitindo aberturas a outras racionalidades médicas (Luz, 1997) e, ao mesmo tempo, a formação de especialidades médicas que começaram a questionar o reducionismo biologicista da biomedicina e suas conseqüências, como a tecnologização da prática e a fragmentação do saber e da pessoa.

2. Integralidade e promoção

Nesse contexto crítico, a medicina de família - entre outras especialidades médicas -, na estruturação de sua epistemologia médica, retoma as idéias provenientes do pensamento complexo e da visão sistêmica, utilizadas através do modelo biopsicossocial e do método centrado no paciente, para alcançar a integralidade, entendida como “a consideração do paciente como um todo e dos fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientais que influem sobre a saúde das pessoas” (Ceitlin, 1988, p. 9).

A busca dessa integralidade teria levado os médicos de família a mudar de uma metáfora mecanicista para outra organicista, e o organismo teria como característica fundamental ser um sistema auto-organizado. A partir dessa mudança, teriam pensado diferentemente a causalidade da doença.

Assim podemos ler em um texto de um dos teóricos da medicina de família, Ian McWhinney:

“temos aprendido a pensar no agente causal como uma força que atua linearmente sobre um objeto passivo (...) [mas] nos sistemas auto-organizados como os seres vivos a causalidade não é linear. Os múltiplos circuitos de realimentação entre o organismo e o meio e entre todos os níveis do organismo obrigam-nos a pensar em redes causais e não em linhas retas (...) a *causa específica* de uma doença pode somente ser o catalisador que libera um processo que já está potencialmente no organismo” (McWinney, 1997, p. 20 – em itálico no original).

Posteriormente acrescenta: “o propósito da medicina familiar é avaliar e tratar a doença em todos os níveis apropriados” (McWinney, 1997, p. 22). Esses níveis, propostos por Engel (1980), seriam dispostos em uma escala hierárquica, de modo que cada nível é uma totalidade organizada e cada sistema é um componente do sistema superior, formando duas hierarquias, uma individual (relativa à pessoa) e outra social.

A epistemologia que brevemente acabamos de comentar nos permite ver uma clara diferenciação em relação àquela que caracteriza a biomedicina. Mas o problema que se apresenta é que, embora pretenda colocar-se como um novo paradigma para a biomedicina, segundo o discurso nativo, não deseja deixar de pertencer à última e manteria, ao menos em parte, as bases de sua epistemologia. Teríamos assim uma dupla adscrição, como vemos na seguinte frase de McWinney:

“podemos isolar um elo da rede causal como nosso ponto de intervenção como quando prescrevemos um antibiótico, mas mesmo nessas ocasiões temos de ser conscientes do contexto geral no qual estamos atuando e das conseqüências da nossa intervenção” (McWinney, 1997, p. 21).

Essa afirmação atua relativizando outra do mesmo autor, escrita alguns anos antes: “as causas são sempre múltiplas, embora talvez resulte útil centrar a terapia em um só agente causal” (McWinney, 1995, p. 59).

Um dos médicos de família entrevistados na Argentina justifica essa dupla epistemologia, durante uma entrevista: “quais são as doenças que o modelo biomédico trata? Porque se você entra no Hospital de Clínicas com um infarto vai se dar bem, mas com uma gastrite vai se dar mal. A segunda doença diz respeito à pessoa como um todo e está relacionada com a parte afetiva e psicológica do sujeito”. A justificativa para essa dupla racionalidade é fornecida pela necessidade de, em determinadas situações, ter uma visão integral da pessoa e da sua relação com o médico.

O resultado dessa epistemologia médica que prioriza a integralidade, a abertura para instâncias diferentes do biológico e a relação com a pessoa além da presença de doenças, transforma o médico em um promotor da saúde dos indivíduos e das comunidades. Nas palavras de uma médica:

“Nós somos, ou deveríamos ser, especialistas em participação comunitária; trabalhamos com as ‘comunidades’, com as pessoas e com a saúde da comunidade, não só estritamente, mas a partir da ação de todos os setores. Nós tiramos o conceito de saúde do setorial e o levamos a outro plano; isto quer

dizer trabalhar com as escolas, para que tenham um trabalho digno em saúde, uma educação, uma higiene, uma alimentação em saúde, que as instituições funcionem em saúde e isso, obviamente, não passa por um estetoscópio, por uma maca ou uma balança”.

Outro médico de família entrevistado afirma:

“o médico generalista não se concebe senão convocando um grupo de gente para fazer promoção de saúde, ou fazendo visitas domiciliares. A promoção em espaços grupais está enfatizada no perfil profissional”.

Também encontramos a relação entre medicina de família e promoção em diversos textos sobre a especialidade e nos programas de formação da especialidade. Como exemplos dos primeiros podemos citar Zurro (1997), que alega que a ação do médico de família deriva da integração das tarefas de promoção, prevenção e cuidados, ou Rebelo (2000), quando menciona que o médico de família assumirá cada vez mais a posição de um promotor da saúde dos indivíduos e das famílias.

Nos programas de residência da Província de Buenos Aires, Argentina, entre as funções do médico está a de participar das ações de promoção da saúde. Na Faculdade de Medicina de La Plata, uma das unidades é a Promoção e Educação em Saúde. E, no Programa Médico de Família de Niterói, entre os objetivos específicos, está o de promover práticas de educação em saúde.

Através dessas diferentes fontes, podemos comprovar que a integralidade e a promoção da saúde se estabelecem como duas características básicas na estruturação da epistemologia da medicina de família, embora sejam utilizadas diferentemente, segundo o contexto onde se realize a prática.

3. Aconselhamento e diversidade cultural

A temática da promoção está relacionada com a do aconselhamento médico, já que é através dele que o médico realiza a promoção da saúde em escala individual. John Feightner, outro médico de família, escreveu:

“os médicos de família devem reconhecer que seu papel na área de mudar os estilos de vida (...) é de algum modo limitado. Todavia, isto não diminui a importância considerável do aconselhamento [feito] pelos médicos de família, como um complemento dos enfoques comunitários para mudar os estilos de vida” (Feightner, 1997, p. 72).

Zurro, no texto mencionado anteriormente, expressa:

“o médico deve aconselhar (...) [a seus pacientes] apoiando-os ativamente para que possam modificar suas condutas não saudáveis, assinalando objetivos alcançáveis e progressivos” (Zurro, 1997, p. 94).

Em uma conferência proferida no I Congresso de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, Luis Rebelo afirma: “o médico do futuro [referindo-se ao médico de família] vai ter que estar habilitado a aconselhar sobre problemas psicossociais, familiares, sexuais e muito sobre estilos de vida” (Rebelo, 2000, p. 15). É necessário que tenha essas funções, para que faça seu trabalho de promotor de saúde individual e comunitária.

Porem, o consenso entre os autores, no sentido de que o médico pode aconselhar, está longe de ser uma questão resolvida entre os próprios médicos de família. Alguns se posicionam a favor, argumentando: “o que vou fazer com um alcoólatra? Não devo dizer-lhe que tem que parar de beber? A um adolescente, não devo falar-lhe do uso de preservativos?” Nessa mesma linha de defesa do aconselhamento, outro médico afirma:

“Tem gente que vem aqui e me pergunta se eu acho que eles têm que se mudar. Tem uma senhora cujo marido é meu cliente, os dois filhos são meus clientes. Já se casaram e saíram da casa e o pai desse senhor tem doença de Alzheimer. Então eles querem comprar um apartamento grande para morar com os pais, a mãe é normal e o pai tem Alzheimer. Aí vêm e me perguntam o que eu acho; se eles devem fazer isso. No caso, se você disser sim, pode acontecer muita coisa e não dar certo; pode acontecer muita coisa entre a nora e a sogra, porque ela é muito autoritária, resolve tudo sozinha, cuida do marido, tem uma pessoa que acompanha o marido, também vai entrar na casa, que é do sexo masculino. Então... e se você disser não, ele está correndo muito de Flamengo até Copacabana para dar assistência para seus pais. Esse aconselhamento corre muito. Ora, ‘minha filha está namorando fulano de tal, o que o senhor acha, você acha que eu devo consentir esse casamento, que vai dar certo? O senhor não gostaria de conhecer o rapaz, sentir, por que eu não estou querendo?’. E é muito importante o médico fazer isso, porque estando de fora ele pode ver os prós e os contras que a família não vê”.

E, finalmente, outro sintetiza:

“O que eu faço é aproveitar a repercussão que tenho sobre as pessoas, porque o médico, embora tenha tido uma redução, tem um papel social importante para as pessoas, e aquilo que o médico diz tem muito peso. Eu aproveito esse valor agregado que me dá o título para aconselhar, porque sei que meu aconselhamento é útil”.

Também é possível encontrar a posição oposta, na qual se questiona a capacidade do médico para aconselhar:

“essa mulher me consulta e vem toda semana buscando meu aconselhamento e eu não sei se estou autorizado para aconselhar (...) quem te pode autorizar para opinar sobre um problema de casal, por exemplo? Primeiro escuto e vejo (...) Hugo [colega seu] pensa que o médico de família é o conselheiro de confiança e Raul pensa que o médico não tem de aconselhar, que é ir além de suas funções, que ele tem que ouvir, e só”.

A relação entre a integralidade e a promoção da saúde, realizada através do aconselhamento médico, tomada como característica da identidade dos médicos de família, coloca dois problemas: primeiro, o de uma maior medicalização da vida cotidiana e, segundo, o da diversidade cultural.

O problema da medicalização fica exposto nos relatos dos médicos de família. Um deles disse:

“Tenho a sensação de que as pessoas estão demandando alguma coisa a mais e eu vejo isso quando vou ‘ao campo’ [para a comunidade]; aí se percebe que são problemas que não são solucionados pela tecnologia, nem se pode pedir um exame para determinar isso. A insegurança, a falta de higiene ambiental, a falta de água potável, a falta de esgoto, a gravidez de adolescentes, os abortos, essas não são coisas que você pode atender dentro de um consultório. E a solução não depende de um médico ou um enfermeiro, a solução vem, fundamentalmente, através de uma educação popular e que as comunidades, partindo dessa educação, possam ir trabalhando essas problemáticas, com os líderes comunitários, relacionando-se com o estado, com o governo”.

Outro deixou mais explícito o problema da medicalização na sua fala:

“Eu acho que um médico pode aconselhar, mas se ele abrange os aspectos biopsicossociais e ambientais, além do aconselhamento, ele pode opinar sobre tudo. Desde como processar lixo, até se você tem que usar preservativo”.

A partir da amplitude dos problemas alcançados pelo aconselhamento que os médicos deveriam dar a seus pacientes, defrontamo-nos com um novo impulso da medicalização da sociedade. A medicina se transformaria então num poder “sem exterior”, como foi desenvolvido por Foucault (1996, p. 78): “na situação atual, o diabólico é que quando queremos atingir um território exterior à medicina achamos que já foi medicalizado”. Dessa forma, situações e problemas sociais e familiares, que antes eram solucionados pelo indivíduo ou pela própria família, seriam hoje reivindicados como campo de atuação médica.

Essa medicalização seria o produto de uma combinação dos novos interesses dos médicos na saúde das populações, mais que nas suas doenças, de uma demanda crescente da parte das pessoas por cuidados de saúde e por uma preocupação cada vez maior com a manutenção da saúde e a melhoria da qualidade de vida, conceito com o qual tentamos “descrever o quanto sofremos”, como diz Gadamer, em *El estado oculto de la salud* (1996).

Essa medicalização da vida cotidiana, baseada na preocupação pela manutenção da saúde, colocaria a doença no centro da vida das pessoas. A preocupação monstruosa, como diz Sayd (1999, p. 119), por manter a saúde e por ter indivíduos dóceis que comam, andem e respirem adequadamente, só lograria criarmos doentes, no sentido de que se nos impõem valores padronizados. E o único que conseguiria seria informar-nos de que não os atingimos. A queixa do paciente que falou para seu médico de família, “eu sou uma vítima da informação, não tinha nada até que vim vê-lo”, cremos que é um exemplo do que pretendemos dizer.

Essa situação levou José Oyarbide, em seu livro *Educar e curar* (1996), a se perguntar sobre o porquê de fazer a promoção da saúde. Podemos afirmar que a saúde é um bem desejável, que justifique que a promovamos? Segundo ele, a saúde está em embate com outros valores, interesses e prioridades das pessoas.

Essa questão nos coloca frente ao problema da promoção-aconselhamento e da diversidade cultural. Para exemplificar como os contextos sociais nos quais vivemos misturam múltiplas visões de mundo, embora não seja uma situação de promoção de saúde, gostaríamos de relatar uma consulta de um psiquiatra com seu paciente nos primeiros dias de trabalho num centro de saúde, em um bairro latino de Nova York.

O psiquiatra perguntou ao paciente: ‘O que posso fazer pelo senhor?’ E o paciente respondeu: ‘O que é que o senhor pode fazer por mim?’ Então o psiquiatra disse ‘estou à sua disposição’. O outro respondeu-lhe: ‘estou ouvindo’. ‘Por que veio?’ perguntou-lhe então o psiquiatra. E o paciente respondeu: ‘o senhor deve saber’. Finalmente, aparentando estar cansado da ignorância do psiquiatra, o paciente falou surpreso: ‘Então, se estou entendendo bem, o senhor não sabe o que eu tenho’. E o psiquiatra respondeu: ‘Não’. O paciente despediu-se e saiu (Elkaim, 1991).

Alguém tinha esquecido de avisar ao psiquiatra que no contexto em que estava começando a trabalhar era comum se visitar médiuns por problemas de saúde mental, ou seja, o terapeuta deveria poder adivinhar o problema do paciente. E o psiquiatra não sabia dessa visão de mundo no contexto onde estava.

A situação social comentada nos dá exemplo da complexidade das sociedades em que vivemos, as que foram caracterizadas por Geertz como “colagens de mundos” (Geertz, 2001, p. 83), em que a diversidade cultural e seus efeitos sobre as questões morais habitam em nosso entorno. O relato de uma médica de família é iluminador:

“Tem garotas que vêm com repetição de gravidez, eu falo para elas ‘você tem que se cuidar’. E me dizem ‘eu quero ser mãe’ (...) com 13 anos tem muitas coisas pela frente, mas seu projeto é esse e eu não vou modificá-lo com uma conversa de consultório. Então se eu parto de uma coisa errada, que é pensar que essas garotas não querem ter família e dou-lhes a pílula, não consigo nada. É como se alguém me houvesse dito aos 18 anos: ‘Norma, você não tem que estudar, tem que ter filhos. Teria me parecido tão estranho como se eu falasse para a garota ‘você não tem que ter filhos, tem que esperar um pouco’. Isso não é educar. Se eu dou conselhos partindo das minhas pautas culturais e das minhas perspectivas, dos meus projetos, não é útil. A não ser que faça isso de construir algo entre as duas, pode ser que aí seja útil. É essa coisa de que fala Paulo Freire, de construir com as pessoas, que as pessoas possam pensar coisas que talvez nunca tenham pensado”.

Outro médico percebe a complexidade da situação na qual se envolvem ao aconselhar o paciente, pela possibilidade de que este tenha outra visão de mundo, e nos diz: “meu medo é que nessa hora possa estar mostrando uma verdade que seja minha e que não tenha a ver com a deles; cada um tem sua verdade e forma de ver as coisas”.

Ao tentar promover a saúde, através da sua atividade de aconselhamento ou através de seus trabalhos comunitários intersetoriais, os médicos de família se deparam com os limites de sua prática, como vimos nos exemplos anteriores. Ao mesmo tempo, neles são geradas reflexões sobre sua própria visão da comunidade em que realizam seus trabalhos de promoção. Isso é o que se lê no seguinte relato:

“Nós estamos ainda na etapa de reconhecimento dos problemas enquanto problemas. Eu vejo que as pessoas não têm projeção de futuro, não têm projetos, estão com sua auto-estima baixa, inclusive desconhecendo que podem ter saberes próprios ou habilidades próprias, que se tivessem tido a oportunidade de poder desenvolvê-las teriam conseguido muitas coisas. É como se precisassem de tutores, (...) [mas seria diferente] se houvesse pessoas da própria comunidade que despertassem, que estabelecessem laços solidários e desenvolvessem (...) ferramentas para que possam melhorar sua qualidade de vida”.

Falta de reconhecimento, baixa auto-estima e necessidade de que a comunidade gere laços solidários para melhorar a qualidade de vida. De fato, essa médica trabalha em projetos com a comunidade para gerar *idades saudáveis*, mas essa percepção de falta de reconhecimento não estaria demonstrando uma falta de reconhecimento do “outro” em seu ser diferente?

Na medida em que a medicina de família possa realizar suas práticas de aconselhamento compreendendo o outro – no sentido de perceber a dimensão do outro, de apreender a diferença, de modo que os conselhos não sejam estabelecidos com base na sua própria visão de mundo, mas permitindo que interceda uma reflexão sobre a diversidade cultural na qual se encontram envolvidos a trilogia médico-paciente-comunidade –, talvez seja possível promover a saúde das pessoas e das comunidades em um sentido integral, sem dar lugar a uma maior medicalização da sociedade.

Referências Bibliográficas

BATESON, G. *El temor de los ángeles*. Epistemología de lo sagrado. Barcelona: Gedisa, 1989.

BATESON, G. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre. Buenos Aires: Carlos Lolhé, 1976.

BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. *Respuestas para una antropología reflexiva*. México: Grijalbo, 1995.

BASZANGER, I. Pain: its experience and treatments. *Social Science and Medicine*, v. 29, n. 3, p. 425-434, 1989.

CAMARGO Jr., K. R. A biomedicina. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 45-69, 1997.

CAMPBELL, C. *The romantic ethic and the spirit of modern consumerism*. Oxford: Blackwel, 1995.

CAMPBELL, C. A orientalização do Ocidente: Reflexões sobre uma nova teodicéia para um novo milênio. *Religião e Sociedade*, v. 18, n. 1, p. 5-22, 1997.

CEITLIN, J. Conferencia dictada en el hospital privado Centro Médico de Córdoba. *Experiencia Médica*, v. 6, n. 1, p. 3-13, 1988.

CLAVREUL, J. *El orden médico*. Barcelona: Argot, 1983.

ELKAIM, M. Mapas, singularidades y sentido. In: WINKIN, I. *Bateson*. Primer inventario de una herencia. Buenos Aires: Nueva Visión, 1991, p. 301-307.

ENGEL, G. The need for a new model: a challenge for biomedicine. *Science*, v. 196, p. 129-136, 1977.

ENGEL, G. The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, v. 137, n. 5, p. 535- 544, 1980.

FEIGHTNER, J. Prevención em medicina familiar. In: CEITLIN, J.; GÓMEZ GASCÓN, T. *Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo*. Madrid: IM&C, 1997, p. 71-79.

- FOUCAULT, M. *El nacimiento de la clínica*. México: SigloXXI, 1991.
- FOUCAULT, M. Historia de la medicalización. In: FOUCAULT, M. *La vida de los hombres infames*. La Plata: Ediciones Altamira, 1996.
- FOUCAULT, M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. In: FOUCAULT, M. *La vida de los hombres infames*. La Plata: Ediciones Altamira, 1996.
- GADAMER, H. *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa, 1996.
- GEERTZ, C. Os usos da diversidade. In: GEERTZ, C. *Nova luz sobre a antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- GOOD, M.; BRODWIN, P.; GOOD, B.; KLEINMAN, A. (Ed.). *Pain as human experience: an anthropological perspective*. Los Angeles: University of California Press.
- GUSDORF, G. *Fondements du savoir romantique*. Paris: Payot, 1982.
- HAHN, R. A world of internal medicine: portrait of an Internist. In: HAHN, R.; GAINES, A. (Org.). *Physicians of Western medicine, anthropological approaches to theory and practice*. Dordrecht: Reidel Publishing, 1985.
- LE BRETON, D. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: PUF, 1995.
- LUZ, M. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: Novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 13-44, 1997.
- MCWINNEY, I. *Medicina de familia*. Madrid: Doyma Libros, 1996.
- MCWINNEY, I. Orígenes da la medicina familiar. In: CEITLIN, J.; GÓMEZ GASCÓN, T. (Org.). *Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo*. Madrid: IM&C, 1997, p. 15-23.
- OYARBIDE, J. M. U. *Educar y curar*. El dialogo cultural en atención primaria. Madrid: Ministerio de Cultura, 1996.
- SAYD, J. D. Novos paradigmas e saúde. Notas de leitura. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 113-122, 1999.
- REBELO, L. *O médico de família do futuro*. In: ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE MEDICINA GERAL, FAMILIAR E COMUNITÁRIA, 1, 2000. Rio de Janeiro. *Anais...* 2000.

Octavio Bonet

TAUSSIG, M. *Un gigante en convulsiones*. Barcelona: Gedisa, 1995.

ZURRO, A. Atención primaria de salud y medicina de familia. In: CEITLIN, J.; GÓMEZ GASCÓN, T. (Org.). *Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo*. Madrid: IM&C, 1997, p. 88-98.

Notas

- 1 Este texto é fruto do trabalho desenvolvido a partir do Seminário Integralidade: saberes e práticas no cotidiano dos serviços de saúde, realizado em 2001 sob a coordenação de Roseni Pinheiro.
- 2 Doutor em Antropologia Social pelo Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Pesquisador colaborador do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde / grupo de pesquisadores do CNPq – Racionalidades Médicas.
- 3 É interessante notar que esse modelo biopsicossocial é tomado por Camargo Jr., em seu trabalho *A Biomedicina*, como parte das características fundamentais desta. A alusão aos três domínios – bio, psico e social –, como expressão da totalidade, não passaria de uma justaposição de discursos (Camargo Jr., 1997).

A Prática do Aconselhamento em DST/AIDS e a Integralidade¹

CARLA LUZIA FRANÇA ARAÚJO²

1. Considerações iniciais

Falar sobre a prática de aconselhamento em DST/AIDS não é missão fácil. Reconhecemos o emaranhado de relações sociais e culturais na qual esta prática se encontra imersa. É preciso estar inserido e, ao mesmo tempo, distante, para melhor enxergar as nuances dessa obra de arte. Arte? Sim, a arte dos encontros, dos desencontros e das relações interpessoais. Arte que nos acolhe e nos coloca no isolamento, que nos faz ver e que nos coloca a venda. E, ainda, que nos categoriza como indivíduo, ser único, ou nos classifica como objeto, coisa. Formas de agir que nos aproximam ou nos distanciam.

Não pretendemos neste artigo esgotar o tema. Seria muita audácia. Sentimo-nos parte do processo de construir e repensar. Pretendemos refletir a todo instante sobre nosso encontro com o aconselhamento em DST/AIDS e a prática de uma assistência que, acreditamos, deva ser integral.

Para iniciarmos nosso diálogo, pedimos que o leitor se coloque na posição do cliente que busca fazer o teste anti-HIV. Não importa qual seja o motivo que o levou a fazer o exame, mas com certeza o resultado poderá mudar sua vida.

A busca por um serviço público de saúde em nosso meio já pressupõe um ambiente pouco acolhedor. Histórias de mau atendimento, descompromisso de profissionais de saúde com os clientes e dificuldades de absorção pelo sistema de saúde são muito freqüentes, principalmente para populações socialmente carentes. Muitos clientes que procuram um Centro de Testagem e Aconselhamento já vivenciaram essas experiências. A maioria não sabe que tipo de atendimento será oferecido e somente tem a certeza de que irá fazer um exame de sangue.

A compreensão de que o aconselhamento deve ser encarado como uma das estratégias de prevenção em DST/AIDS é fundamental. Logo, dentro da prática de aconselhamento, encontraremos componentes fundamentais para o êxito no processo de trabalho dos aconselhadores. Destacamos aqui o acolhimento. Para Merhy (1997, p. 138) acolhimento “é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuário que a eles aportam”.

Muitas vezes nos questionamos se não estaríamos sendo redundantes em falar em relação humanizada, já que estamos falando da relação entre seres humanos? Entretanto, o cotidiano dos serviços de saúde aponta para uma realidade perversa, que nos faz acreditar que precisamos a todo instante lembrar e relembrar que estamos lidando com indivíduos. Seres que são verdadeiros universos. Sim, universos. Com suas vivências, experiências, microbiota entre tantas outras referências, mas que muitas vezes diante do profissional de saúde ficam tão pequenos que desaparecem. Viram coisa, nome de doença ou simplesmente um leito ou número de prontuário. Pobres clientes. Talvez seja mais simples cuidar de coisa.

Convidamos você, leitor, a fazer conosco essa relação do aconselhamento em DST/AIDS e a prática da integralidade.

2. A formação de profissionais de saúde como agentes de dificuldades na prática da integralidade

No cotidiano dos serviços de saúde, constatamos freqüente confronto entre os profissionais que atuam ou que deveriam atuar com o mesmo objetivo – ou seja, o bem-estar do cliente e o desenvolvimento de ações curativas ou preventivas no processo de saúde/doença. No entanto, o que identificamos é uma grande dificuldade na mediação dos saberes dentro da equipe multidisciplinar. Quanto a esta questão, Martinelli (1998, p. 141) diz: “nossas formações profissionais básicas não devem nos dividir, mas, pelo contrário, nos proporcionar os fundamentos para a construção do saber coletivo”.

O exercício de uma prática compartilhada não é desenvolvido desde o período de formação acadêmica. Da mesma forma que o modelo biomédico separa o corpo humano em partes, também faz com que as categorias profissionais trabalhem de forma segmentada. Destacamos ainda o poder hegemônico que determina uma relação hierárquica, na qual o espaço de troca e negociação entre os profissionais é minimizado.

Se pretendemos atender ao cliente de forma holística, não podemos acreditar que seremos capazes de fazê-lo individualmente. Precisamos aprender a compartilhar dentro da própria equipe de profissionais. Para Martinelli (1998, p. 149),

“é indispensável que o profissional tenha claro que em toda prática há um espaço de criatividade a ser explorado, há vias de transformação a serem acionadas. Nenhuma prática é um bloco monolítico, impenetrável, sempre há caminhos críticos, vias de superação a serem trilhadas, porém a verdade é que só são encontrados por quem os procura pacientemente, por quem os constrói corajosamente”.

Para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, precisamos exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação. Em suma, é preciso estabelecer rotinas que favoreçam o diálogo entre profissionais, em que a definição de objetivos da assistência sempre privilegie o cliente.

3. Aconselhamento coletivo: o delimitador de papéis

O aconselhamento coletivo é compulsório. Ele marca o primeiro contato entre aconselhador e cliente, e tem caráter informativo. O aconselhamento coletivo deveria ser o momento de troca coletiva, em que o processo de informação se desse de forma mútua. Ele deveria favorecer a identificação de situações pessoais, posteriormente tratadas no aconselhamento individual. Entretanto, a ânsia do profissional de saúde em passar uma quantidade enorme de informações inviabiliza a implementação de estratégias mais participativas. Então, os aconselhadores assumem o papel de professores, determinam que os clientes serão os alunos e partem para dar uma aula expositiva, inclusive com quadro de giz. Assim ficam determinados os papéis: profissional de saúde que se equivale ao professor tradicional, que detém o saber; e o cliente, mero aluno que deve se comportar de forma passiva nesse processo. Freire (1999, p. 104) diz:

“ditamos idéias. Não trocamos idéias. Discursamos aulas. Não debatemos ou discutimos temas. Trabalhamos sobre o educando. Não trabalhamos com ele. Impomos-lhe uma ordem a que ele não adere, mas se acomoda. Não lhe proporcionamos meios para o pensar autêntico, porque recebendo as fórmulas que lhe damos, simplesmente as guarda. Não as incorpora porque a incorporação é o resultado de busca de algo que exige, de quem o tenta, esforço de recriação e de procura. Exige reinvenção.”

No dia-a-dia dos serviços de saúde, o conselheiro, ao entrar na sala, se apresenta e anuncia a aula/palestra. A participação da clientela é mínima e na maioria das vezes se resume a algumas perguntas. Minayo (1999, p. 7), na avaliação que realizou nos COAS/CTAs da Região Nordeste, também verificou que:

“o aconselhamento coletivo (...) era desenvolvido em forma de palestra, com duração variável de 20 minutos a uma hora. Trata-se de um encontro informativo visando a fornecer ao usuário um patamar mínimo de esclarecimento para respaldar suas decisões e esclarecer suas dúvidas. A condução da reunião, bem como a interação com os usuários, depende do nível de formação/informação do conselheiro, sua criatividade e o grau de envolvimento com a atividade”.

As práticas de saúde, quando são institucionalizadas, se enquadram na formalização dos serviços de saúde e as mudanças também requerem esse rigor. Ramos *et al.* (1989, p. 160) afirmam:

“as instituições de saúde são organizadas em torno de práticas médicas fundamentadas num saber organizado e organizante, o que implica certo domínio desse saber e dessas práticas; porém este domínio acaba dando lugar à dominação de um projeto pedagógico que tem que ser ‘inculcado’ no outro, a partir de uma só maneira de se olhar e de se dizer o objeto, através da maneira de ver de ‘uma’ classe. É este caráter de classe que faz com que as relações entre os profissionais de saúde e os pacientes sejam relações pedagógicas autoritárias”.

Esta, na verdade, é a dificuldade de efetivar as mudanças necessárias, o que de certa forma já é consenso dos aconselhadores. Entretanto, esse modelo está impregnado nos serviços e nas instituições formadoras. Identificamos uma necessidade urgente de mudança de paradigma quanto às relações entre profissionais e clientes, que deve ser iniciada desde o processo de formação. Tratar o cliente desta ou daquela maneira reflete uma concepção de como se vê o outro. Sujeito ou objeto? Como diz L’Abbate (2001, p. 99):

“[o sujeito] é uma pessoa em busca de autonomia, disposta a correr riscos, a abrir-se ao novo, ao desconhecido, e na perspectiva de ser alguém que vive numa sociedade determinada, capaz de perceber seu papel pessoal/profissional/social diante dos desafios colocados a cada momento”.

Nesse processo de ir e vir de papéis, também assume posição de sujeito, tanto perante o cliente, como frente aos formuladores de políticas públicas de saúde. Buber (1982) argumenta que o homem que está em frente a nós nunca pode ser colocado na condição de objeto. O aconselhador deve estar aberto no processo de ensinar e aprender. Buber (1982, p. 8) diz ainda que, nessa relação, “eu tenho algo a ver com ele. (...) talvez eu tenha que realizar algo nele; mas talvez eu apenas tenha que aprender algo e só se trata do meu ‘aceitar’”. Dentro desta perspectiva, é fundamental que aconselhador e cliente se tornem conscientes do papel um do outro, não considerando nem tratando como seu objeto de trabalho, mas como parceiro num momento da vida.

As formas de abordagem utilizadas na grande parte dos serviços de saúde não favorecem, estimulam ou contribuem para a efetiva participação dos clientes. Neste momento cabe questionar como ocorre o treinamento dos aconselhadores nessa prática. Estariam eles aptos a desenvolver uma ação educativa de forma mais dinâmica?

Vários autores (Cornely, 1993; Merchán-Hamann, 1998) podem embasar as propostas de mudança para uma ação mais participativa que envolva dúvidas reais e situações vivenciadas pelo cliente – onde o processo de ensino-aprendizagem ocorra de forma recíproca. Para isso será necessário um repensar coletivo, de aconselhadores e formuladores de políticas, sobre estratégias viáveis que contemplem as exigências do sistema de financiamento em saúde, as demandas da clientela e a capacitação dos aconselhadores. Na avaliação apresentada por Minayo (1999, p. 9):

“o aconselhamento coletivo foi considerado eficaz para tirar dúvidas e trazer informações até então desconhecidas, e o uso de recursos visuais foi bastante valorizado pelos usuários. O constrangimento inicial em revelar aspectos da intimidade é parcialmente vencido quando usuário percebe segurança e profissionalismo do conselheiro”.

Defendemos aqui a participação da clientela de forma efetiva. Como diz Cornely (1993, p. 25): “participar significa tomar parte ativa no processo decisório. Significa partilhar do poder, conquistar fatias de poder, construir cidadania”. Garantir esta participação é o desafio aos profissionais de saúde que realmente aspiram efetivar a nova forma de atuar. Outras metodologias deverão ser testadas, na busca de adequação dos conteúdos a serem oferecidos ao tipo de demanda da clientela. Em nenhum momento queremos dizer, aqui, que o que está posto deve ser substituído. Compartilhamos das idéias de Paulo Freire, quando ele diz

que na consciência crítica há o compromisso e reconhecimento de que a realidade é mutável. E ainda: “face ao novo, não repele o velho por ser velho, nem aceita o novo por ser novo, mas aceita-os na medida em que são válidos” (Freire, 1979, p. 41).

4. Saber é muito bom, mas para quê?

Entre as várias concepções sobre o saber, destacamos o que Foucault (1997, p. 206) refere:

“um saber é aquilo de que podemos falar em uma prática discursiva que se encontra assim especificada: o domínio constituído pelos diferentes objetos que irão adquirir ou não um *status* científico (...); um saber é, também, o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso (...), um saber é também o campo de coordenação e de subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem, se definem, se aplicam e se transformam (...), finalmente, um saber se define por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso (...). Há saberes que são independentes das ciências (...), mas não há saber sem uma prática discursiva definida, e toda prática pode definir-se pelo saber que ela forma.”

Pensar nas práticas preventivas em DST/AIDS, dentro dessa perspectiva epistemológica, onde há ruptura da ciência com as demais formas de conhecimento, exige que aprofundemos nossas reflexões sobre qual é a relação entre o saber e o discurso que empreendemos no dia-a-dia. Segundo Foucault (1997, p. 24), existe um desnivelamento regular entre esses discursos nas sociedades:

“existem os discursos que se dizem na sequência dos dias e das trocas e que passam com o ato em que são pronunciados; e os discursos que estão na origem de um certo número de atos novos de palavras que o retomam, os transformam ou falam deles, em suma, discursos que, indefinidamente, e para além da sua formulação, são ditos, permanecem ditos e ainda ficam para dizer”.

Sobre o desnivelamento a que Foucault se refere, Santos (1989, p. 43) diz que a dupla ruptura epistemológica “pretende que eles se falem, que se tornem comensuráveis e nessa medida atenuem o desnivelamento que os separa”. Para que ocorra esse salto na qualidade no processo de prevenção de transmissão das DST/AIDS, é preciso que os agentes que

implementam essas ações estejam atentos à complexidade, principalmente junto às questões que envolvem sexualidade e relações conjugais. E, ainda, junto a uma compreensão de que esta é uma ação de alta complexidade e que devem ser utilizadas tecnologias apropriadas à sua maior efetividade.

A possibilidade de aproximação entre o saber e o fazer é o ponto principal de nossa indagação. Julgamos oportuno, para esta reflexão, as conclusões que Santos (1989, p. 47) faz sobre a análise da dupla ruptura epistemológica (a primeira entre a ciência contra o senso comum, e a segunda, que é o reencontro da ciência com o senso comum). Elenca as seguintes afirmações:

- “1 – que todo conhecimento é em si uma prática social, cujo trabalho específico consiste em dar sentido a outras práticas sociais e contribuir para a transformação destas;
- 2 – que uma sociedade complexa é uma configuração de conhecimentos, constituída por várias formas de conhecimento adequadas às várias práticas sociais;
- 3 – que a verdade de cada uma das formas de conhecimento reside na sua adequação concreta à prática que visa a constituir;
- 4 – que, assim sendo, a crítica de uma dada forma de conhecimento implica sempre a crítica da prática social a que ele se pretende adequar;
- 5 – que tal crítica não se pode confundir com a crítica dessa forma de conhecimento, enquanto prática social, pois a prática que se conhece e o conhecimento que se pratica estão sujeitos a determinações parcialmente diferentes” (Santos, 1989, p. 47).

Sendo assim, o conhecimento que temos sobre as práticas preventivas das DST/AIDS se apresenta de forma bastante incipiente. Principalmente com relação aos processos de avaliativos das ações de prevenção. Precisamos levar em consideração o caráter cultural em que estão imersos nas variáveis que envolvem as DST/AIDS. Severino (1998, p. 49) afirma que “o conhecimento individual se dá sobre um fundo de uma experiência radicalmente histórica e coletiva que lhe é anterior e que lhe serve de matriz placentária”. Desconstruir o que foi construído no início da epidemia da AIDS não é tarefa fácil. Conceitos como “AIDS é doença de bicha; eu não pego, eu só tenho um parceiro; AIDS é doença do outro, não vai acontecer comigo”, entre outros, ainda estão impregnados na consciência de nossa sociedade.

Ao relacionarmos o que Santos (1989) diz com o impacto das práticas de prevenção das DST/AIDS, parece que ainda algo mais existe entre os dois discursos. Neste ponto fazemos uma indagação. Para a efetiva implantação destas práticas preventivas é necessário ter mais conhecimentos científicos para provar sua eficiência? Segundo Foucault (1997, p. 207), “não há saber sem uma prática discursiva definida, e toda prática discursiva pode definir-se pelo saber que ela forma”.

Dentro desta perspectiva, precisamos nos deter um pouco mais nos determinantes da tomada de decisões sobre a utilização ou não das práticas preventivas em DST/AIDS – ou seja, quando utilizá-las, por que, com quem e até quando. Muitas vezes, enquanto profissionais de saúde, passamos informações que nós mesmos não praticamos, e nas quais não acreditamos. Para que o discurso se aproxime mais do fazer, precisamos ser mais reais. Para Severino (1998, p. 54), “tanto quanto no agir, também no saber não pode se dar fragmentação; precisa acontecer sob a perspectiva da totalidade”.

De nosso ponto de vista, dois conceitos devem aqui ser relacionados ao saber: o poder e o senso comum. Ambos permeiam as práticas sexuais, e muitas vezes as determinam. Portocarrero (1994, p. 51) refere “a necessidade de se trazer para a compreensão dos saberes do homem, a questão do poder, isto é, seu papel na constituição de novos saberes, da mesma forma que a questão dos saberes, enquanto constituem condições de emergência de novos poderes”.

Afirma ainda que “o poder gera saberes e o saber guia poderes” (Portocarrero, 1994, p. 53). Entretanto, será que mesmo as pessoas que têm o conhecimento implementam as práticas preventivas em DST/AIDS? Nossa percepção mostra que até certo ponto. O limite entre o que é inseguro e o que passa a ser seguro apresenta-se como o ponto crítico que deve ser motivo de outros estudos. Pensamos que o saber transcende o que podemos relacionar ao conhecimento científico, sendo na verdade uma apropriação real do conhecimento. Neste contexto, a relação entre saber e poder ganha nuances diferenciadas, sendo conveniente pensarmos no poder dos valores populares, no poder dos meios de comunicação, no poder das relações familiares, nas diferenças na relação homem/mulher, entre outros. Para Foucault (1998, p. 248), o poder emanado de um determinado ponto ou lugar não existe. Diz ele que “o poder é feixe de relações mais ou menos organizado, mais ou menos piramidalizado, mais

ou menos coordenado”, e continua afirmando que “é preciso ver como as grandes estratégias de poder se incrustam, encontram suas condições de exercícios em micro-relações de poder.”

Na relação entre aconselhador e cliente, as relações de poder estão estabelecidas pela própria estrutura de serviço de saúde e todos os signos aí inseridos. Em nossos campos de prática, verificamos que os profissionais de saúde utilizam os trajes típicos dos serviços de saúde, uniformes ou roupas brancas, que também favorecem o entendimento do lado em que estão as pessoas, São sujeitos ou objetos? Bourdieu (1989) compara a indumentária aos símbolos de poder³. Portocarrero (1994, p. 49) também destaca: “poder não pode ser confundido com o Estado, que não é seu único portador, nem seu aparelho exclusivo. Toda sociedade é vazada por micropoderes locais, específicos, circunscritos a uma pequena área de ação”.

E para nós, profissionais da área de saúde, está inserido em nossa prática diária conseguir atuar nesses micropoderes. Pois essa é a arena onde se decide a utilização ou não das práticas de sexo seguro. Entretanto, para que tais práticas sejam popularizadas, precisamos estar atentos para o alerta que Santos (1989, p. 34) faz quando refere que não podemos adotar uma ciência que tenha como paradigma uma “forma de conhecimento que procede pela transformação da relação eu/tu em relação sujeito/objeto, uma relação feita de distância, estranhamento mútuo e de subordinação total do objeto ao sujeito (um objeto sem criatividade nem responsabilidade)”.

Não podemos esquecer que muitas condutas que tomamos no fazer diário são reflexos da sociedade em que vivemos. Para Santos (1989, p. 39):

“os preconceitos são constitutivos do nosso ser e da nossa historicidade e, por isso, não podem ser levemente considerados cegos, infundados ou negativos. São eles que nos capacitam a agir e nos abrem à experiência e, por isso, a compreensão do nosso estar no mundo não pode de modo nenhum dispensá-los”.

Podemos também afirmar que os conceitos e preconceitos são formados e são formadores do senso comum. É preciso entender que a ciência deve estar em contraponto ao senso comum. Talvez tenhamos que aprender como interferir e transformar o senso comum, que, para Santos (1989, p. 32):

“é um conhecimento evidente que pensa o que existe tal como existe e cuja função é a de reconciliar a todo custo a consciência comum consigo mesma. É, pois, um pensamento necessariamente conservador e fixista”.

Conciliar a ciência com o senso comum apresenta-se como um paradigma a ser ultrapassado. Não podemos continuar a repetir o modelo bachelardiano segundo o qual, para ser ciência, é preciso que haja ruptura do objeto com o senso comum. Nossa opção é pela perspectiva apresentada por Santos (1989, p. 45), quando cita a segunda ruptura epistemológica:

“é necessário, pois encontrar um novo equilíbrio entre adaptação e criatividade, e isso só será possível no contexto de uma práxis globalmente entendida e servida por uma compreensão da ciência que, por privilegiar as consequências, obrigue o homem a refletir sobre os custos e os benefícios entre o que pode fazer e o que pode lhe ser feito”.

Aos aconselhadores fica a idéia de que não é apenas passando informações, como janela imunológica, tipos de teste, entre outros conhecimentos oriundos da ciência, que o cliente vai utilizar em favor próprio essas informações. Segundo Betini (1997, p. 18):

“no caso da informação e AIDS (...) nos deparamos com diferentes estilos de vida, que levam a diferentes comportamentos. (...) isto deve e pode refletir na necessidade de garantir diferentes formas de se transmitir informação, com diferentes enfoques e linguagens, isto é, a informação veiculada com vistas à prevenção deve estar ‘colada’ ao universo, ao cotidiano dos indivíduos”.

E então, repetimos: saber? Mas para quê? Para que, através do conhecimento, passado ao cliente de forma adequada, ele se aproprie de informações geradas pela ciência e a transforme em instrumento principal na adoção de comportamentos que visam ao menor risco de transmissão das DST/AIDS. Buscando sempre que o cliente introjete o entendimento da importância da manutenção do seu estado hígido. Compreendendo, como diz Canguilhem (1982, p. 58), que “a saúde é uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valores, de instaurador de normas vitais”.

Dentro das medidas de prevenção das DST/AIDS, dispomos de poucas ações e todas envolvem o conhecimento não cognitivo. Por este motivo, não podemos continuar utilizando estratégias já comprovadamente ineficazes para modificação de comportamento. Santos (1989, p. 118) afirma:

“a paixão é incompatível com o conhecimento científico, precisamente porque sua presença na natureza humana representa a exata medida da incapacidade do homem para agir e pensar racionalmente”.

Sendo assim, fica lançado o desafio, de como nosso fazer diário poderá ser diferente, tanto na incorporação individual das práticas de sexo seguro, como na forma de abordagem dessa temática junto à população em geral, para que sejam atingidos níveis mais eficazes na adoção de comportamentos mais seguros frente às DSTs e ao HIV/AIDS.

5. Aconselhamento individual: um momento raro de prevenção

Inúmeras são as histórias tratadas entre as quatro paredes dos consultórios. Não faremos aqui a divisão do tipo de aconselhamento, ou seja, pré-teste ou pós-teste com resultado positivo, negativo ou indeterminado. Faremos aqui uma discussão sobre o encontro entre sujeitos.

Em sua análise do encontro interpessoal, Buber (1982) diz que, para podermos sair de nós mesmos em direção ao outro, é preciso, sem dúvida, partir do nosso próprio interior. É preciso ter estado. É preciso estar em si mesmo. É preciso estar disposto. Julgamos fundamental a compreensão da importância e singularidade do encontro entre cliente e aconselhador, dentro do contexto da prevenção de uma patologia. Consideramos o momento privilegiado para agentes de saúde atuarem. Não podemos e não devemos perder essa oportunidade de relacionamento com a população.

É preciso que o aconselhamento seja desenvolvido através de uma abordagem adequada, com aconselhadores capacitados e ambiente adequado, para que, de forma efetiva, a ação em saúde possa ser implementada em sua integralidade. O cliente, desde o aconselhamento coletivo, deverá ser convidado a fazer uma reflexão sobre seus hábitos de vida e o que significa em sua vida os riscos a que ele está se submetendo. Depois poderemos pensar que ele trabalhará possibilidades de mudança para assumir hábitos mais seguros de vida.

Principalmente na questão das DSTs e do HIV, os temas tratados fazem parte de um universo muito particular e íntimo. São questões que, para serem colocadas, necessitam de uma relação acolhedora, que favoreça o diálogo. Para que as informações sejam colocadas, não como o cliente acha que queremos ouvir, mas como de fato ocorrem. Não devemos deixar de considerar o que Sawaia (1998, p. 105) argumenta sobre a temática,

“os sentimentos são orientadores da vida cotidiana, eles guiam os contatos humanos. Em outras palavras, as relações sociais não são apenas cognitivas ou sociais, elas têm carga afetiva, bem como os sentimentos não são pulsões naturais nem funções unicamente orgânicas, biológicas, universais; são representações sociais que, além da singularidade, expressam determinações sociais complexas”.

O estabelecimento de uma relação de troca é essencial para que ocorra um espaço no qual cliente e aconselhador se entreolhem e conversem sobre as angústias e medos que levaram à ocorrência daquele momento. Segundo Buber (1982, p. 27):

“a conversação se realiza em sua essência, entre parceiros que verdadeiramente voltaram-se um-para-o-outro, que se expressam com franqueza e que estão livres de toda vontade de parecer, produz-se uma memorável e comum fecundidade que não é encontrada em nenhum outro lugar. A palavra nasce substancialmente, vez após vez, entre homens que, nas suas profundidades, são captados e abertos pela dinâmica de um elementar estar-juntos. O inter-humano propicia aqui uma abertura àquilo que de outra maneira permanece fechado”.

Para que tal espaço exista, primeiramente, é essencial que seja estabelecido o que podemos chamar de vínculo. Merhy (1997, p. 138) diz que estabelecer vínculo “é ter relação, é integrar-se, com a comunidade em seu território, no seu serviço, no consultório, nos grupos, e se tornar referência para o usuário, individual ou coletivo”.

No dia-a-dia, o aconselhamento pré-teste não é obrigatório. Entretanto, destacamos que somente o aconselhamento coletivo não é suficiente para a plenitude da abrangência dos princípios e finalidades do CTA.

Para a realização do aconselhamento individual, o aconselhador utiliza um instrumento (prontuário) para fazer os registros. O anonimato é facultativo, ficando a critério do cliente fazer a opção. Como a principal demanda de quem procura o CTA é a realização do teste anti-HIV, ou seja, um exame laboratorial; compreendemos que seja importante haver controle sobre as formas de identificação (anônimas ou não). Para Foucault (1993, p. 168):

“o exame faz também a individualidade entrar num campo documentário: seu resultado é um arquivo inteiro com detalhes e minúcias que se constituiu ao nível dos corpos e dos dias. O exame que coloca os indivíduos num campo de vigilância situa-os igualmente numa rede de anotações escritas;

compromete-os em toda uma quantidade de documentos que os captam e os fixam. Os procedimentos de exame são acompanhados imediatamente de um sistema de registro intenso e de acumulação documentária”.

Destacamos que, nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece uma relação paradoxal com o aconselhamento. A integralidade, que é um dos marcos desse sistema, também permeia toda a prática de aconselhamento. Entretanto, a falta de adequação da capacidade instalada dos serviços de saúde e a deficiência no número de aconselhadores ocasionam a massificação dos serviços e imprimem uma ansiedade no aconselhador e uma impaciência no cliente. Ingredientes que não favorecem o processo de aconselhamento.

Apesar da problemática apresentada, acreditamos que é através do SUS que poderemos transformar a lógica que hoje ainda predomina nos serviços públicos de saúde. É preciso começar a se implementar a integralidade em todos os níveis da administração da saúde pública, para que assim ela possa chegar na ponta da meada, ou seja, na relação profissional de saúde/cliente. Sobre esta relação, diz Mattos (2001, p. 63):

“(...) a integralidade talvez só se realize quando procuramos estabelecer uma relação sujeito-sujeito, quer nas nossas práticas nos serviços de saúde, quer nos debates sobre a organização de serviços, quer nas discussões sobre as políticas. Isso talvez envolva uma abertura para o diálogo com o outro, que sempre resiste aos nossos projetos, do mesmo modo como resistimos aos seus projetos”.

Vale destacar que a concepção de integralidade com o Movimento Feminista. Quanto a isto, Mattos (2001, p. 58) refere que “talvez devamos ao movimento feminista no Brasil a construção desse tipo de uso da noção de integralidade”. Apesar disso, dentro do próprio Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher (PAISM), ainda não se tem alcançado o entendimento do que na verdade venha a ser assistir com integralidade. Mattos (2001, p. 59) ainda afirma:

“o termo assistência integral procurava indicar essa ampliação do horizonte na qual os problemas de saúde da mulher deveriam ser pensados. Integralidade aqui quer dizer uma recusa por parte dos que se engajam na formulação de uma política, ou melhor, de reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem”.

Devido à complexidade do processo de busca de mudança na forma de ver o outro – atualmente, quase vinte anos de formulação do PAISM – os serviços de saúde voltados para o atendimento de mulheres ainda não

conseguiram efetivar essa proposta de atuação. Cremos que este fato ilustra a dificuldade de implementar mudanças efetivas nessa forma de relação, profissional de saúde e cliente.

Não podemos deixar de considerar que o ser humano é surpreendente. Surpreendentes, também, são suas atitudes, ações e reações. Muitas vezes nos comportamos visando a satisfazer o desejo do outro. Ou seja, “como é que eu gostaria que o outro me visse?”. E imprime um comportamento para que se pareça assim. Mas este não é o Eu verdadeiro. Segundo Buber (1982, p. 32):

“nós podemos distinguir duas espécies de existência humana. Uma delas pode ser designada como a vida a partir da imagem, uma vida determinada pelo que se quer parecer. Em geral, estas duas espécies apresentam-se sob a forma de uma mistura”.

Defrontar-se com essas duas existências é tarefa difícil. Diante do resultado de um teste anti-HIV, frequentemente o “ser” prevalece em relação ao “parecer”. Receber o resultado de um exame coloca na mesa sentimentos que nem mesmo a própria pessoa é capaz de admitir. Pessoas que ficam decepcionadas com um resultado negativo. Outras que, mesmo com forte indício de terem AIDS, ainda se surpreendem com um resultado positivo. E outras, ainda, que no aconselhamento pré-teste dizem estar preparadas para qualquer resultado e recebem um resultado positivo. E, ainda, apresentam uma crise histórica.

O aconselhamento, apesar de ser uma prática preventiva, deve ser considerado uma prática complexa. Os gestores devem estar atentos para as limitações e peculiaridades que essa prática exige. É necessário reconhecer que cada profissional tem seus limites e favorecer estratégias para que tais questões sejam trabalhadas. Ou seja, é preciso haver um olhar de integralidade também sobre os serviços de saúde, na relação inter-institucional e inter-profissional. Não podemos esquecer do que afirma Mattos (2001, p. 62):

“(...) quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades”.

6. A gestante no CTA: um olhar diferenciado

O aconselhamento em DST/AIDS voltado para mulheres durante o período gravídico puerperal tem sido objeto de várias pesquisas (Neves, 1999; Araújo, 1997; Berer, 1997; Parker e Galvão, 1996). A relação das gestantes com os CTAs se intensificou após o ano de 1996, quando o teste passou a ser oferecido de forma universal nos serviços de pré-natal. Na maioria das vezes, os profissionais dos serviços de pré-natal não estão capacitados a desempenhar o aconselhamento em DST/AIDS⁴. Desta forma, as gestantes passam a ser encaminhadas aos CTAs para realização do teste anti-HIV.

As principais características da clientela que procura os CTAs é a demanda espontânea e a identificação com algum comportamento de risco. Entretanto, com relação às gestantes, estes não são os motivos que fazem com que elas cheguem ao CTA. Normalmente são encaminhadas pelo serviço de pré-natal, ou seja, a procura pelo serviço não é espontânea.

Apesar de fazer o teste tendo objetivos diferentes dos demais clientes, a gestante é submetida a um aconselhamento coletivo, ou seja, uma palestra com os demais clientes. Conduzir tal situação não é tarefa fácil. O nível de envolvimento da temática com a gestante é muito pequeno e a atenção torna-se reduzida.

Defendemos aqui um atendimento diferenciado, principalmente no que se refere ao aconselhamento coletivo de gestantes. Que seja utilizada uma abordagem que atenda aos objetivos e motivações para a realização do teste durante o período gestacional. Esta tomada de decisão com certeza irá minimizar o descontentamento existente entre aconselhadores e gestantes, ao buscar outros caminhos que vão ao encontro dos objetivos do aconselhamento que, além da diminuição das taxas de transmissão vertical, também possam priorizar o contato da mulher com o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva e de saúde integral. Destacamos, ainda, que este é um dos grupos que apresentam maior vulnerabilidade para a transmissão do HIV. Não podemos desperdiçar este encontro entre mulher e serviço de saúde. Ele deve ocorrer em sua plenitude.

7. A diminuição do comportamento de risco: o grande desafio

Sabemos que as práticas sexuais estão inseridas em contexto que envolve vários tipos de relações entre pessoas. Poder, gênero, condições socioeconômicas, acesso a informações, acesso aos serviços de saúde de boa qualidade são determinantes de comportamentos que envolvem os riscos maiores ou menores de se contrair uma doença.

No que se refere às DSTs e à AIDS, estes fatores ainda são acrescidos das relações sociais e culturais que permeiam essas doenças, como: tabus, códigos sexuais aceitos pela sociedade, fidelidade, casamento, opção e preferências sexuais. Assumir ou decidir assumir comportamento sexual seguro como a opção de estar saudável, ou não, requer reflexões profundas sobre a própria condição de existência.

Como verificamos, a ênfase maior da diminuição do comportamento de risco é dada às práticas sexuais. Esta opção também vai ao encontro de dados epidemiológicos que apontam ser esta a forma de transmissão que apresenta maior crescimento. A redução de danos entre usuários de drogas, o não-compartilhamento de materiais perfuro-cortantes, a utilização de sangue e hemoderivados que tenham garantia de qualidade são temas abordados tanto no aconselhamento coletivo como no individual. Mas o grande desafio está na aquisição de hábitos mais seguros no desenvolvimento da prática sexual. Colocar em pauta a discussão sobre a utilização ou não da camisinha envolve temas que por muito tempo foram velados em nossa sociedade. Neste caso, segundo Parker (2000, p. 34): “é menos importante entender o comportamento individual do que entender o contexto das interações sexuais – interações que são, necessariamente, sociais e que envolvem negociações complexas entre indivíduos.”

Toda esta reflexão está relacionada ao tipo de sociedade em que estamos inseridos e com as características da clientela que são atendidas nos serviços públicos de saúde, e nos CTAs em particular. Segundo Buber (1982, p. 27), “para podermos sair de nós mesmos em direção ao outro é preciso, sem dúvidas, partirmos do nosso próprio interior, é preciso ter estado, é preciso estar em si mesmo”.

E então, como nos assemelharmos aos travestis, prostitutas, homens que traem suas mulheres, mulheres que traem os seus homens, para que possamos estabelecer uma conversação que favoreça ao diálogo autêntico?⁵ O mesmo autor afirma: “o principal pressuposto para o surgimento de uma conversação genuína é que cada um veja seu parceiro como este homem, como precisamente este homem é” (Buber, 1982, p. 146).

Já dissemos que o aconselhamento coletivo hoje implementado se resume a uma aula ou palestra, no qual se veicula grande quantidade de informações sobre o HIV/AIDS. Então, fica para o aconselhamento individual a grande missão de trabalhar aspectos que envolvem a minimização dos riscos de contaminação ou re-infecção pelo HIV.

Ter em mente que usar camisinha em todas as relações sexuais é uma questão muito difícil, é reconhecer os limites da ação preventiva diante das práticas sexuais.

Percebendo os limites dessas ações, então poderemos estabelecer estratégias de ação que favoreçam o encontro entre o Eu-Tu (aconselhador e cliente), que, de forma conjunta, estabeleçam possibilidades viáveis para que o cliente possa refletir sobre os riscos que está correndo e as alternativas de minimizá-los. Toda ação deve estar permeada pelo acolhimento, que é o ponto-chave para o estabelecimento de um meio propício ao exercício dessa prática de saúde.

Cabe ainda ressaltar a questão que envolve as relações entre o público e o privado. Em todas as atividades exercidas pelo ser humano, existem aquelas que são realizadas no espaço público e outras que se dão no espaço privado. O exercício da sexualidade também utiliza como palco os dois espaços. A mídia sabe muito bem ocupar o espaço público, visando a interferir no privado. As propagandas que utilizam as silhuetas femininas, os *jingles* de duplo sentido e a constante cultura do belo fazem parte de nosso cotidiano. Quanto ao espaço privado, Sennett (1989) o compara ao ninho. Um espaço de aconchego e do calor entre as pessoas, em oposição ao público, que se coloca como lugar da concorrência dura e da guerra. Quando se trata de práticas e preferências sexuais, a discussão sobre estes espaços se torna bastante complexa, pois, segundo Loyola (1998, p. 20), “a análise da vida sexual envolve uma dupla referência: impulsos biológicos e regulamentação social”. Sabemos que os impulsos biológicos são mediados pelas relações de gênero, intelectuais e culturais. Precisamos, no caso de práticas heterossexuais, compreender que muitos comportamentos são definidos sócio-culturalmente, como o papel da mulher e do homem na relação.

Quanto ao comportamento, as mulheres apresentam-se divididas, em mulheres “virtuosas” e mulheres “perdidas”. De acordo com Giddens (1993, p. 17), “as perdidas só existiram à margem da sociedade respeitável. (...) e a ‘virtude’ tem sido definida em termos da recusa de uma mulher sucumbir à tentação sexual”. Refere ainda que “as mulheres são seres emotivos, caprichosos, cujos processos de pensamento não caminham por linhas racionais”. Quanto aos homens, a variedade sexual para a manutenção da saúde física tem sido considerada uma necessidade física ou parte da essência masculina. Sendo assim, a mediação necessária que se deve dar

no espaço privado da intimidade, entre homem e mulher, está entremeadada por essas relações de poder e emoções, que ainda hoje estão vivas em nossa sociedade.

Outro fator coadjuvante são as barreiras de se falar sobre temas que envolvem a sexualidade, no espaço público ou privado. Temos pensado sobre todas as variáveis que podem determinar a utilização de prática de sexo seguro. Muitos estudos têm mostrado que, de alguma forma, a população tem conhecimento de que a utilização do preservativo é uma das medidas de prevenção da transmissão do HIV. De forma contraditória, os índices de transmissão por via sexual não apresentam declínio considerável. Este fato indica que, apesar de os indivíduos saberem se prevenir da transmissão do HIV, a decisão de fazer uso ou não se dá no espaço privado.

Estas reflexões são necessárias para que possamos reformular as ações preventivas e definirmos se é necessário manter campanhas pontuais que se dão no espaço público ou se carecemos penetrar no espaço privado para tornar as ações mais eficazes. Quais seriam as melhores estratégias para atingirmos este campo de atuação? É muito difícil dar a resposta. Temos que ter muita atenção e cuidado para que isto não seja utilizado, a exemplo de outras épocas, para determinar o comportamento dos indivíduos e da sociedade. Talvez o caminho seja levar os indivíduos à reflexão sobre o que venha a ser a transformação da intimidade e das práticas sexuais ocorridas no espaço privado. Para tanto, temos que exercer uma prática integral. E diríamos ainda, ter um olhar integral.

Em nossa experiência profissional, no atendimento de mulheres, observamos que em muitos casos a utilização do preservativo se dá em encontros esporádicos ou em início de relacionamento, que, com o passar do tempo e consolidação da relação, parece conferir uma certa imunidade. A não-utilização de preservativo se coloca diretamente relacionada com a demonstração de confiança no outro parceiro. Sobre esta questão, Giddens (1993, p. 153) afirma:

“no relacionamento puro, a confiança não tem apoios externos e tem de ser desenvolvida tendo-se como base a intimidade. Confiar é ter fé no outro e também na capacidade do laço mútuo para resistir a traumas futuros. Isto é mais que uma questão apenas de boa fé, por mais problemático que isso possa ser. Confiar no outro é também apostar na capacidade do indivíduo realmente poder agir com integridade”.

Hoje um dos maiores desafios é introduzir o uso de preservativo nas relações sexuais de casais estáveis, sejam eles hetero ou homossexuais. Uma das formas de manifestar a confiança e a maior intimidade é diminuir a frequência e até abolir o uso de preservativo. Nos casais que têm relações heterossexuais, em que muitas vezes a mulher já fez ligação de trompas para controle da natalidade, a introdução do preservativo nas relações sexuais sempre anda lado a lado com aspectos que envolvem a fidelidade e todas as relações que muitas vezes não são ditas, mas apenas sentidas. Então, dialogar sobre isso se torna tão difícil que parece uma barreira intransponível.

Considerando-se a complexidade do desafio, alertamos aos aconselhadores sobre o que diz Laranjeiras (2000, p. 95):

“(...) ditar regras, faz confundir, como se fossem sinônimos, os conceitos de diferente e inferior. Posta-se assim, como a portadora dos únicos padrões corretos de concepções e de condutas, não admitindo os demais como só diferentes, mas também e fundamentalmente como inferiores. Propaga, dessa forma sem evitar estratégias subliminares, a atribuição de um caráter de ‘naturalidade’ aos preconceitos culturais”.

Dentro desta realidade, como transformar a prática do uso de preservativos em hábito de vida seguro? Vários autores, como Giddens (1993, p. 219), afirmam que “não há lugar para a paixão nos ambientes rotinizados”. O mesmo autor exemplifica com a citação de uma mulher que diz que: “apaixonar-se é explosivo, obsessivo, irracional, maravilhoso, arrebatador, sonhador. Amar é uma tarefa longa, é confiança, comunicação, compromisso, dor, prazer” (Giddens, 1993, p. 152).

Então, como alquimizar dimensões tão opostas, racional e irracional, para transformar a utilização do preservativo num hábito de vida? Há necessidade de mobilizar sentimentos e penetrar no espaço privado da intimidade, introduzindo esta prática como um hábito. Quanto a isto, Giddens (1993, p. 84) definiu:

“um hábito é a forma de comportamento repetitivo psicologicamente mais obrigatória que um padrão de conduta; para alterá-lo ou rompê-lo, é necessário um esforço distinto da vontade. As atividades habituais são com frequência descritas pela palavra ‘sempre’”.

Então, como adotarmos prática de sexo seguro sempre? Ainda não temos respostas. Entretanto, a busca do aprofundamento destas questões

parece contribuir para uma construção de novas estratégias de abordagens, visando a atingir com maior eficácia o espaço privado da intimidade, onde na verdade as mediações entre usar ou não o preservativo se dão.

Com certeza, uma mudança se faz necessária. Os tabus em falar sobre sexualidade e as práticas sexuais que se dão no espaço privado precisam ser abordados também no espaço público, pois caso não seja assim quando este fato se dá, na maioria das vezes, algum problema que envolve a saúde já está instalado. Sendo assim, os profissionais de saúde precisam aproveitar as oportunidades no contato diário com a população para fazer intervenções contínuas, particularizadas e integrais. Concordamos com Giddens (1993, p. 190), quando ele diz: "sejam quais forem as limitações e distorções a que esteja sujeito, existe hoje um diálogo muito mais aberto sobre a sexualidade, em que virtualmente toda a população está envolvida, do que parecia concebível as gerações anteriores".

Diante das questões levantadas neste artigo, a adoção de práticas sexuais que levem à diminuição de comportamento de risco é realmente o grande desafio. E para ele, os profissionais de saúde, em particular aqueles que se proponham a assumir a tecnologia de cuidar de pessoas, o aconselhamento em DST/AIDS, estão convocados.

8. Aconselhamento em DST/AIDS: uma prática de saúde em construção

Após nosso encontro com o aconselhamento, podemos afirmar que esta é uma prática de saúde ainda em construção, tanto para os serviços como para os profissionais de saúde que nele atuam. Assim como para os clientes que não estão habituados a ser tratados como sujeitos nos serviços de saúde.

Pelo fato de existir uma deficiência nos processos avaliativos dos serviços oferecidos pelas unidades públicas de saúde, os CTAs também passam por essa dificuldade. Tal deficiência acarreta a morosidade em modificações que urgem por acontecer.

Como o aconselhamento em DST/AIDS ainda está sendo implantado nos CTAs e em outros serviços de saúde, não podemos deixar de destacar a importância, desde o início, de pensar em indicadores qualitativos e quantitativos para o julgamento das ações a serem avaliadas. Não podemos nos deixar levar, como que diz Neme (2000, p. 4), pelas "quase-avaliações"⁶. Este não é um problema exclusivo dos CTAs, ele é compartilhado com os demais serviços de saúde.

Construir uma prática de saúde tendo como motivador principal a dura tarefa de diminuir os impactos da epidemia da AIDS não é tarefa fácil. Reconhecemos aqui a importância da existência dos CTA dentro do SUS e o espaço que ele deve ocupar, reproduzindo esta tecnologia para outros serviços de saúde e para outras patologias.

A convivência dos diferentes saberes na construção da assistência integral apresenta-se de forma essencial para a implementação da nova prática. É necessário haver flexibilidade para que ocorra a mesclagem dos múltiplos saberes que deverão apresentar-se receptivos à troca de conhecimentos. Nesse espaço de mediação, o campo de prática apresenta-se como solo fértil para a construção da nova forma de assistir. Certamente, o foco principal deve estar voltado para as demandas apresentadas pela clientela. Não podemos nos furtar ao desafio. Para esta construção/reconstrução todos estão convocados. Ousando, criando, implementando, avaliando e aí então recomeçando. Sempre com o objetivo de respeitar e considerar o conhecimento que vem dos nossos parceiros, clientes e demais profissionais de saúde.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, C. L. F. *A solicitação do teste anti-HIV no pré-natal em unidades básicas de saúde no município do Rio de Janeiro: políticas e realidades*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

ARAÚJO, C. L. F. *Aconselhores, acolhedores...: A prática de aconselhamento em DST/AIDS em um Centro de Testagem Anônima do Estado do Rio de Janeiro*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

BERER, M. *Mulheres e HIV/AIDS: um livro sobre recursos internacionais, informação, atividades e materiais relativos às mulheres e HIV/AIDS, saúde reprodutiva e relações sexuais*. São Paulo: Brasiliense, 1997.

BETINI, G. *Da informação em saúde ao serviço como informação*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1997.

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BUBER, M. *Do diálogo e do dialógico*. São Paulo: Perspectiva, 1982.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense, 1982.

CORNELY, S. A. Metodologia participativa: algumas questões teórico-metodológicas. *Rev. Bras. Cres. e Desen. Hum.*, ano III, n. 1, jan/jun, 1993.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes, 1993.

_____. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

_____. *A mulher/os rapazes: história da sexualidade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

FREIRE, P. *Educação e mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979 (Coleção *Educação e Comunicação*, v. 1).

_____. *Educação como prática de liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

GIDDENS, A. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.

L'ABBATE, S. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 267-291.

LARANJEIRA, M. I. *Da arte de aprender ao ofício de ensinar: relato, em reflexão, de uma trajetória*. São Paulo: Edusc, 2000.

LOYOLA, M. A. Sexo e sexualidade na antropologia. In: _____. (Org.). *A sexualidade nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

MARTINELLI, M. L. Uma abordagem socioeducacional. In: MARTINELLI, M. L.; ON, M. L. R.; MUCHAIL, S. T. (Org.). *O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber*. São Paulo: Cortez, 1998.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

MERCHÁN-HAMANN, E. Oficinas de prevenção de HIV/AIDS como espaços sociais e culturais integradores. In: ABIA. *Treinamento: temas para a discussão*. Rio de Janeiro: ABIA, 1998, p. 38-42.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 197-228.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; ASSIS, S. G. *et al.* Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico CTA/COAS da Região Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abril 1999.

NEMES, M.I. B. *Avaliação em saúde: questões para os Programas DST/AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 2000 (Coleção ABIA. *Fundamentos de Avaliação*, n. 1).

NEVES, F. R. A. L.; PASSOS, A. D. C.; GUELERI, W. L. Disponibilidade da sorologia anti-HIV como um teste voluntário na rotina do atendimento pré-natal em unidades básicas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 6, dezembro, 1999.

PARKER, R. G.; GALVÃO, J. (Org.). *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

PARKER, R. G. *Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção e política*. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

PORTOCARRERO, V. Foucault: a história do saber e das práticas. In: _____. *Filosofia, história e sociologia das ciências: abordagens contemporâneas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

RAMOS, C. L.; MELO, J. A. C.; SOARES, J. C. R. Quem educa quem? Repensando a relação médico-paciente. In: COSTA, N. R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Demandas populares, políticas públicas e saúde*, v. III. Movimentos Sociais e Cidadania. Petrópolis: Vozes, 1989.

SANTOS, B. S. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

_____. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2000.

SAWAIA, B. B. A falsa cisão retalhadora do homem. In: MARTINELLI, M. L.; ON, M. L. R.; MUCHAIL, S. T. (Org.). *O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber*. São Paulo: Cortez, 1998.

SENNET, R. *O declínio do homem público*. São Paulo: Cia das Letras, 1989.

SEVERINO, A. J. O poder da verdade e a verdade do saber. In: MARTINELLI, M. L.; ON, M. L. R.; MUCHAIL, S. T. (Org.). *O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber*. São Paulo: Cortez, 1998.

Notas

- 1 Este trabalho é parte de nossa tese de doutorado (Araújo, 2003).
- 2 Doutora em Saúde Coletiva. Professora assistente da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- 3 Bourdieu (1989, p. 14) refere que um dos símbolos do poder é o traje. Ou seja, o traje como uma marca dos que exercem o poder e os que a eles estão sujeitos.
- 4 Em nossa dissertação de mestrado, constatamos que o aconselhamento não era oferecido para as gestantes nos serviços de pré-natal em unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro. O teste era solicitado de forma inadequada e não seguia os pressupostos definidos pelo Ministério da Saúde (Araújo, 1997).
- 5 Buber (1982, p. 39) refere que o diálogo autêntico é quando “cada um dos participantes tem de fato em mente o outro ou os outros na sua presença e no seu modo de ser e a eles se volta com a intenção de estabelecer entre eles e si próprio uma reciprocidade viva”.
- 6 Neme (2000) chama de “quase-avaliações” as análises ou estudos descritivos que não alcançam o julgamento, que é o conceito operativo central da avaliação, ou seja, apesar de conterem idéias de valoração, não chegam a emitir juízo de valor.

Homeopatia e Apoio Social: Repensando as Práticas de Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde

ALDA LACERDA¹
VICTOR VALLA²

1. Introdução

O presente trabalho³ tem como principal objetivo aprofundar a discussão sobre a homeopatia e o apoio social enquanto práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Esta discussão assume importância diante do aumento de demanda de atenção médica por problemas psicossociais, do desequilíbrio da relação demanda-oferta dos serviços públicos de saúde e dos limites de resolutividade do modelo biomédico. Evidencia-se a necessidade de se redefinir modelos de atenção à saúde e organizar suas práticas centradas no acolhimento dos sujeitos e em suas necessidades.

Na conjuntura socioeconômica determinada pela política do capitalismo globalizado, vem-se intensificando a distribuição desigual de renda, a precarização do trabalho, a violência, o uso de drogas, o aumento do desemprego, a retração das redes sociais, entre outros, o que agrava a pobreza e as desigualdades sociais (Castel, 1993; Bourdieu, 1998). Esses fatores socioeconômicos e políticos contribuem para o adoecimento e resultam no aumento de demanda de atenção médica e a conseqüente crise na estrutura de atendimento da saúde pública (Valla, 1999; Luz, 2001). Configura-se, assim, uma relação desequilibrada entre oferta dos serviços públicos de saúde e demanda da população em busca de atendimento médico.

Segundo Travassos *et al.* (2000), a oferta dos serviços de saúde é determinada pela disponibilidade, tipo, localização geográfica e quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos e tecnológicos) destinados à atenção à saúde. É também influenciada pela cultura médica local dos profissionais que realizam esses serviços e pela ideologia do prestador. A demanda, por sua vez, é o que leva os sujeitos a procurarem os serviços de saúde, para obterem acesso e se beneficiarem com o atendimento recebido.

Os autores assinalam que nem sempre as necessidades dos sujeitos em saúde se convertem em demanda, assim como nem toda demanda corresponde ao que é ofertado pelos serviços públicos de saúde. A demanda, acrescenta Cecílio (2001, p. 116), “é o pedido explícito, a ‘tradução’ de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem”. Nesse sentido, o autor refere que por trás da demanda de consulta médica podem-se esconder diversas necessidades de saúde, como a busca de soluções para melhorar as precárias condições de vida, os conflitos familiares, entre outros.

No entanto, a relação oferta-demanda, entendida como uma relação dialética, muitas vezes não é considerada, já que os estudos tendem a analisar as categorias oferta e demanda isoladamente e de modo estático (Pinheiro, 2001). Essa autora assinala ainda a importância de se transcender a dicotomia entre as duas categorias e avaliá-las de modo integrado, pois uma mantém relação dinâmica de interação com a outra, na medida em que ambas derivam de uma ação entre sujeitos.

A partir dessa relação dinâmica que se estabelece entre demanda e oferta dos serviços, destacam-se alguns aspectos da crise da saúde que se relacionam a duas questões específicas, o *acesso* e a *resolutividade*, que apontam para a necessidade de se repensar as práticas de saúde hegemônicas nos serviços públicos.

No que concerne ao acesso, é possível identificar elementos importantes que contribuem para as desigualdades existentes no uso dos serviços de saúde. Apesar de o direito ao acesso universal e equitativo ter sido determinado na Constituição de 1988, existem limites e obstáculos que impedem que de fato isso aconteça no dia-a-dia. Ao abordar as condições de acesso, referimo-nos a dois aspectos básicos: a busca do atendimento e a utilização dos serviços de saúde propriamente ditos.

O primeiro aspecto, a busca do atendimento, se refere principalmente à localização geográfica e à distribuição dos serviços. Considerando que algumas pessoas moram em áreas rurais ou periféricas, onde nem sempre existem serviços de saúde próximos, elas encontrarão dificuldades no acesso. Essas dificuldades se devem à distância entre residência e unidade de saúde, à carência dos meios de transporte, ao preço das tarifas, entre outros.

Já o segundo aspecto, de configuração mais complexa que o anterior, está relacionado às dificuldades encontradas para utilizar os serviços de saúde e obter atenção integral. A organização do atendimento (Pinheiro,

2001), a disponibilidade dos profissionais de saúde (Valla, 1999) e a capacidade dos serviços para absorver a população (Pinheiro, 2001) são alguns fatores que podem afetar diretamente a oferta dos serviços.

Com relação à organização do atendimento, verifica-se a existência de uma estrutura complexa variável de acordo com as diferentes instituições de saúde. Tal complexidade se refere ao conjunto de normas e regras estabelecidas nas instituições para ordenamento da demanda, a incluir a demanda espontânea, a demanda programada, através do agendamento prévio de consultas ou a demanda referenciada, mediante encaminhamento feito por outros profissionais. Fica evidenciado que essa forma de organização impõe obstáculos institucionais (Pinheiro, 2001) e, ainda que se trabalhe com agendamento prévio, demora-se muito tempo para conseguir marcar consultas de primeira vez ou de retorno.

É preciso chegar cedo às unidades de saúde e enfrentar longas filas de espera para conseguir a senha de atendimento, sendo que o fato de estar na fila não assegura a utilização do serviço. Na percepção dos usuários, as filas de espera são muitas vezes identificadas como um dos principais fatores que obstaculizam o acesso aos serviços ofertados pelo sistema (Pinheiro, 2001).

No que diz respeito aos profissionais de saúde, pelo fato de o modelo de atendimento e prestação de cuidados estar centrado no médico, a quantidade de profissionais ou sua disponibilidade para cobrir a demanda da população geralmente estão aquém das necessidades. A situação se agrava devido à baixa remuneração e às precárias condições de trabalho, que os levam a deixar o serviço público.

Por sua vez, os limites e dificuldades referidos propiciam a superlotação das unidades básicas de saúde, dificultando o primeiro atendimento dos usuários. Cria-se um círculo vicioso entre oferta restrita e demanda crescente. A opção que resta ao conjunto da população é recorrer à urgência/emergência dos hospitais, na expectativa de solucionar os problemas mais rapidamente. Assim, ao invés de se estimular a busca por serviços de atenção primária, contribui-se para reforçar a preferência dos indivíduos, já apontada em diversos estudos, pelo atendimento hospitalar (Pinheiro, 2001).

Quanto à resolutividade dos problemas de saúde, destaca-se a relação médico-paciente como importante fator a ser considerado, já que essa relação interfere na aderência ao tratamento, na satisfação dos pacientes e mesmo na sua recuperação (Ong *et al.*, 1995; Luz, 1997). No estudo realizado por Pinheiro (2001, p. 83), todos os atores entrevistados apontaram “a relação médico-paciente como sendo um dos principais proble-

mas na difícil equação entre demanda e oferta nos serviços de saúde”. Para a autora, a problemática ocorre principalmente porque as relações pessoais são pouco valorizadas nas ações de saúde por parte dos profissionais médicos, ainda que consideradas importantes para os pacientes.

A relação médico-paciente, entendida como uma relação social, é influenciada em grande parte pelas relações de trabalho (Pinheiro, 2001) e, portanto, a desqualificação do trabalho ambulatorial pelos profissionais médicos ou pelos usuários dos serviços públicos interfere diretamente nessa relação. Segundo Camargo Jr. (1997), alguns profissionais atribuem a desvalorização do atendimento à monotonia dos casos ambulatoriais, pouco desafiadores para o crescimento profissional, e à falta de paciência dos médicos para ouvir as queixas e relato dos pacientes.

Além disso, outro determinante da resolutividade, que por sua vez também influencia a relação médico-paciente, se refere à natureza contraditória dos problemas de saúde apresentados pelos usuários e as soluções oferecidas pelo modelo de atenção à saúde pautado na biomedicina. Neste, os conteúdos do conhecimento são orientados para o diagnóstico e tratamento de doenças definidas pelo saber científico, priorizando-se as alterações corporais, em detrimento dos sujeitos e suas demandas. Fica evidenciada a precariedade da relação médico-paciente, na medida em que o sujeito doente não é o principal objetivo de intervenção e cuidado.

Não obstante os profissionais de saúde centrados na doença não valorizarem o contexto no qual os sujeitos estão inseridos, o mesmo é relevante para a saúde da população (OMS, 1986 e 1991). Diante da precariedade do trabalho e fragilidade das relações sociais (Castel, 1993; Bourdieu, 1998), uma parcela crescente da população vem manifestando sinais de adoecimento, expressos através de sintomas e síndromes indefinidas, como ansiedade, depressão, síndrome do pânico, entre outros – denominados por alguns autores de “sofrimento difuso” (Valla, 1999) ou “mal-estar difuso” (Luz, 2001). Esses sintomas psicossociais, difusos e inespecíficos, constituem grande parte da demanda de atenção médica nos serviços públicos. Porém, como não se enquadram em uma categoria diagnóstica, na lógica da biomedicina não são reconhecidos como doença (Foss e Rothenberg, 1987; Camargo Jr., 1992; Luz, 1997).

Enquanto a homeopatia entende que esse conjunto de sintomas devidamente modalizado representa a manifestação do desequilíbrio vital e revela a natureza interior do sujeito doente, a biomedicina os desconsidera, já que nenhuma entidade anátomo-clínica foi evidenciada. Esse mal-estar psicossocial é muitas vezes relativizado por alguns profissionais de saúde,

embora tenha um caráter relevante para a saúde pública, “sendo responsável pela perda de milhões de horas de trabalho em todo o mundo, configurando uma grave crise sanitária” (Luz, 2001, p. 26).

Nesse cenário de complexidade sanitária, em que a demanda dos sujeitos é crescente e o sistema de saúde com enfoque no modelo biomédico apresenta limites em termos de resolutividade e cura, a população vem apontando outras formas de cuidado e solidariedade para aliviar os agravos físicos e mentais (Valla, 1999; Luz, 2001). São, portanto, formas terapêuticas de atenção à saúde, não mais restritas ao modelo biomédico. Muitas delas se inserem na categoria de apoio social, tais como os grupos de auto-ajuda, trabalhos desenvolvidos em ONGs, grupos religiosos, associações comunitárias, atividades sociais, educativas e de lazer. Além disso, evidencia-se a busca crescente da população por medicinas não-convencionais, como a homeopatia (Pinheiro e Luz, 1999).

Partindo do pressuposto de que o apoio social e a homeopatia podem fornecer subsídios para se repensar as práticas de cuidado e atenção integral à saúde, vamos aprofundar essa discussão teórica no campo da saúde coletiva. Elegemos trabalhar com os conceitos homeopáticos de saúde-doença-cura e individualização, pois apontam para uma prática centrada no sujeito doente e seu cuidado, e buscamos articular cada um desses conceitos com a discussão do apoio social.

2. Apoio social e homeopatia no contexto da promoção da saúde: uma alternativa teórico-metodológica para construção da integralidade das ações na relação oferta e demanda nos serviços de saúde

O apoio social tem origem no pensamento acadêmico, a partir da década de 80, e aponta para a possibilidade de enfrentamento dos problemas de saúde-doença, via estabelecimento de relações solidárias entre os sujeitos. Os trabalhos iniciais sobre apoio social e saúde foram desenvolvidos por John Cassel (1976), que compilou evidências de que o isolamento e a ruptura dos vínculos sociais aumentavam a vulnerabilidade dos sujeitos ao adoecimento em geral. Tal ruptura dos vínculos pode ser desencadeada por diversos fatores ambientais, principalmente os fatores psicossociais associados a mudanças inesperadas de vida, tais como separações, adoecimentos, desemprego ou migração, que influenciam as condições gerais de saúde e qualidade de vida.

Em contrapartida, o apoio social fornecido através dos relacionamentos sociais ajuda os sujeitos a terem maior controle das situações estressantes e a enfrentarem melhor as adversidades da vida, com benefícios à saúde

física e mental, conforme evidenciado em diversos estudos (Cassel, 1976; Berkman, 1985; Spiegel, 1997).

O apoio social compreende os diversos recursos (emocionais, informativos e instrumentais) que os sujeitos recebem através das relações sociais sistemáticas e “que gera efeitos positivos para o sujeito que recebe, como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas” (Valla, 1998, p. 156). Portanto, para se pensar em apoio social, é preciso considerar uma relação de troca e de envolvimento entre quem provê e quem recebe o apoio, indicando que a reciprocidade é uma condição fundamental para que de fato o apoio social aconteça (Cohen e Syme, 1985; Pearlin, 1985). Nesse sentido, o apoio social pode ser entendido como um processo ativo de que todos participam e têm o seu papel.

Ao enfatizar a importância dos relacionamentos sociais no processo de saúde-doença, o conceito de rede social também assume relevância. A rede é definida como uma teia de relações sociais que circunda os diversos indivíduos conectados pelos laços ou vínculos sociais (Bowling, 1994), permitindo que os recursos de apoio fluam através desses vínculos. Assim, o apoio social pode ser fornecido através do contato entre sujeitos que não necessariamente fazem parte de uma rede, como a relação entre médicos e pacientes, ou pelos membros da rede social.

No campo da saúde coletiva, o apoio social vem sendo discutido e referido nas diversas conferências internacionais e documentos publicados pelo governo, como uma das ações relevantes para se promover e restabelecer a saúde e bem-estar (OMS, 1986; Epp, 1986). O apoio social, o autocuidado e o ambiente saudável são partes integrais da promoção da saúde e, portanto, necessários para se atingir a meta da equidade em saúde (Epp, 1986).

A promoção da saúde, por sua vez, vem sendo apontada como uma estratégia promissora de enfrentamento dos problemas de saúde-doença (Epp, 1986; Terris, 1992) e da medicalização da vida social (Buss, 2000), ao analisar a saúde de uma perspectiva multifatorial e positiva. Na vigência da complexidade do quadro epidemiológico e sanitário da atualidade, a saúde não pode mais ser concebida como ausência de doença, mas sim como uma dimensão da qualidade de vida (OMS, 1986).

No entanto, embora se evidencie a necessidade de o sistema de saúde trabalhar com o conceito ampliado do processo de saúde-doença e com o paradigma da promoção da saúde (Mendes, 1993; Almeida Filho, 2001),

a saúde coletiva ainda não incorporou os pressupostos da promoção e continua a se pautar na atuação médica, centrada na doença e na sua prevenção (Carvalho, 1996; Czeresnia, 1999; Minayo, 2001).

Ao trabalhar com conceitos de saúde como negatividade de doença, restringe-se a compreensão da complexidade sanitária, principalmente no contexto de precariedade em que se encontra grande parte da população – os chamados vulneráveis e desfilados (Castel, 1993). O aumento de demanda de atenção médica por agravos de natureza socioeconômica não corresponde ao que é ofertado pelos serviços públicos de saúde, organizados a partir da lógica das doenças. Para equilibrar a relação dinâmica entre demanda e oferta, não se trata apenas de aumentar a oferta da assistência médica, mas avaliar os limites dos serviços públicos de saúde para responder às necessidades e demandas da população (Pinheiro e Luz, 1999; Valla, 1999).

Os limites dos serviços de saúde se refletem “no baixo nível de resolutividade dos sistemas (...) e na insatisfação, por parte dos próprios médicos, quanto ao seu papel na cura do indivíduo, sobretudo na sua capacidade de resolução de um agravo” (Pinheiro e Luz, 1999, p. 14). Tal situação se intensifica com o aumento de demanda por problemas psicossociais, como o sofrimento difuso ou mal-estar difuso, a ultrapassar os limites de atuação da biomedicina. É nesse sentido que Valla argumenta que garantir o acesso às custas do aumento da oferta da assistência médica, ainda dentro de um enfoque essencialmente curativo, além de não atender às demandas e expectativas da população, “faz com que o atendimento seja necessariamente medicalizante, quase exclusivamente visando apenas o corpo” (Valla, 1999, p. 13).

Portanto, para se organizar práticas de saúde voltadas para a integralidade na atenção e no cuidado, é preciso rever a teoria de saúde-doença que sustenta essas práticas (Almeida Filho, 2001). Desse modo, acrescenta o autor, a promoção da saúde como paradigma orientador das práticas sanitárias somente se viabiliza a partir da concepção positiva de saúde.

A promoção da saúde traz uma proposta de renovação conceitual e metodológica no campo da saúde coletiva que permite pensar e redirecionar as práticas em saúde (Mendes, 1993; Buss, 2000; Almeida Filho, 2001). Essas mudanças discursivas estão associadas às características intrínsecas da racionalidade médica – características que evidenciam o limite dos conceitos de saúde e doença no que concerne à experiência concreta da saúde e do adoecer humano.

Ao trabalhar com a saúde em sua positividade, a promoção da saúde abre espaço para legitimar outras formas de conhecimento, além do modelo biomédico, e integrar outras racionalidades médicas (Carvalho, 1996; Czeresnia, 1999). Nesse contexto, a discussão do apoio social e homeopatia é importante, pois assim como o apoio social é uma prática de promoção da saúde no nível individual e coletivo (Almeida Filho, 2001), a homeopatia também pode ser pensada como tal, já que também trabalha com o conceito positivo de saúde e tem sua abordagem voltada para estimular a autonomia dos sujeitos.

3. Cuidado e integralidade: concepções e práticas na interação entre apoio social e a visão homeopática do processo saúde-doença-cura

Hahnemann (1921), apoiado na concepção vitalista, assinalou que a origem da doença é de natureza dinâmica e imaterial, causada por um desequilíbrio da força ou energia vital que anima todo ser. A força vital (*dynamis*) é o elemento essencial à vida e sem a mesma nada se processa nem se opera no organismo, o que diferencia o ser vivo do morto. Essa força vital conserva a saúde, ao manter todo o organismo funcionando de modo equilibrado e harmonioso, mas, ao se desequilibrar, devido a forças externas físicas ou psíquicas, altera as sensações e funções do organismo, com conseqüente adoecimento do sujeito (Hahnemann, 1921 - parágrafos 9 e 11). Esse desequilíbrio da energia vital do paciente se expressa através de sinais e sintomas.

Os sintomas físicos, mentais e emocionais apontam para o adoecimento antes que apareça qualquer alteração ou lesão nos órgãos, células e tecidos, indicando que antes de um corpo doente existe um sujeito adoecido (Hahnemann, 1921; Kent, 1954). O sofrimento difuso (Valla, 1999), ou mal-estar difuso (Luz, 2001), ainda que não se constitua em alterações orgânicas, já é considerado enfermidade para a homeopatia. Isto se deve ao fato de o conceito de doença não estar relacionado à entidade patológica, mas sim ao desequilíbrio do princípio vital imaterial.

Dentro dessa lógica de raciocínio, eventos como câncer, hipertensão arterial, entre outros, não constituem a doença em si, mas seus resultados. Esses eventos mórbidos se manifestam através de um conjunto de sinais e sintomas relevantes, para compreender o processo de adoecimento e determinar a escolha do medicamento mais indicado com vistas a curar os sujeitos doentes (Hahnemann, 1921 - parágrafo 7).

Os conceitos de saúde, doença e cura são díspares para a homeopatia e para a biomedicina, pois enquanto a homeopatia entende as enfermidades como alterações na saúde do corpo e da mente desencadeadas pelo desequilíbrio vital (Hahnemann, 1921 - parágrafo 6), a biomedicina trabalha com o conceito de saúde como ausência de doença, centrado na relação entre normal e patológico (Canguilhem, 1978). A homeopatia, ao definir a saúde como equilíbrio da energia vital, trabalha com a concepção positiva de saúde (Luz, 1988), o que é importante no contexto atual da promoção da saúde, para se pensar na organização das práticas sanitárias.

Por sua vez, curar a doença, entendida como desequilíbrio da energia vital, significa curar o sujeito e não apenas acabar com os sintomas nosológicos. Ao curar o sujeito, conseqüentemente cura-se a patologia; porém, ao utilizar medicações sintomáticas, ao invés de se obter a cura, se estaria suprimindo os sintomas e agravando o processo de adoecimento e sofrimento (Hahnemann, 1921; Kent, 1954).

Ao contrário da visão de cura homeopática, na biomedicina, cessar os sintomas é o critério de eficácia do medicamento e do restabelecimento da saúde (Luz, 1988). Conseqüentemente, um dos problemas evidenciados nos serviços públicos é a crescente medicalização como única forma terapêutica. Considerando que diversos problemas de saúde são desencadeados por determinantes psicossociais, o que está sendo feito, em muitos casos, é medicar os problemas de vida.

Com o objetivo de se diagnosticar as doenças e tratá-las, os sintomas objetivos e as alterações corporais são privilegiados em detrimento dos aspectos subjetivos do adoecer. As queixas emocionais, os sentimentos e a singularidade do processo de saúde-doença não são validados por alguns profissionais de saúde, que somente consideram os sujeitos doentes quando há uma patologia diagnosticada.

O itinerário dos pacientes que buscam acabar ou pelo menos aliviar o sofrimento é marcado por várias idas aos serviços públicos de saúde, consultas com especialistas e realização de exames complementares, visando a diagnosticar uma entidade patológica que justifique os sintomas inespecíficos. E, embora alguns profissionais de saúde identifiquem tratar-se de problemas relacionados aos determinantes psicossociais e econômicos, na prática terapêutica não se tem muito a oferecer a esses pacientes, além de medicá-los com sintomáticos, principalmente os psicofármacos para as queixas mentais e emocionais.

Ao serem tratados com esses calmantes, alguns sintomas melhoram temporariamente e outros vão surgindo. Contudo, o sofrimento vai se

agravando até culminar, muitas vezes, no adoecimento físico. Essa forma de tratar os sujeitos doentes, segundo Barrios (1999), é decorrente da análise do sujeito enquanto entidades distintas de corpo e mente. Legítima assim as necessidades físicas e bloqueia as necessidades afetivas, pelo uso de determinados medicamentos. É nesse sentido que o autor adverte quanto ao uso abusivo de psicofármacos, que mantêm os sujeitos em estado de negação permanente da emocionalidade e os afasta do contato com os próprios desejos e necessidades.

Em consonância com a idéia de Barrios, Sluzki (1997) sinaliza que, em pacientes com sintomas psicossociais diagnosticados indevidamente como tendo problemas de saúde mental, medicados com psicotrópicos, pode-se confundir o quadro clínico e reforçar a suspeita do diagnóstico inicial. No entanto, muitas vezes a origem do sofrimento desses pacientes se deve à ruptura dos vínculos sociais e à carência de recursos materiais, desencadeadas pelas condições socioeconômicas.

Existe, portanto, um limite da racionalidade do modelo centrado no diagnóstico e tratamento, a partir da patogênese, para lidar com a complexidade do adoecimento e sofrimento humano. Se, por um lado, esse modelo hegemônico não consegue resolver os agravos psicossociais, por outro, são essas as queixas mais frequentes dos pacientes que procuram os serviços públicos de saúde em busca de solução ou alívio para o sofrimento (WHO, 2001). Cabe questionar se o tratamento que esses pacientes buscam é a substância medicamentosa ou outro tipo de remédio, que só seria possível se houvesse maior compreensão e envolvimento do profissional de saúde.

Nesse contexto de desequilíbrio entre o que é demandado e ofertado nos serviços públicos de saúde, autores (Valla, 1999; Luz, 2001) chamam atenção para o modo como a sociedade vem se organizando, tecendo estratégias e táticas para enfrentar os problemas, através das diversas atividades de saúde, como as práticas de apoio social. O apoio social pode ser visto como uma estratégia de resistência da população para “romper com o isolamento causado pela cultura individualista que predomina na sociedade capitalista atual” (Luz, 2001, p. 28).

As várias formas de apoio social que acontecem no cotidiano da população apontam para a participação ativa dos sujeitos nas questões referentes ao controle da própria vida (Minkler, 1992). Através das relações de solidariedade, cooperação e apoio mútuo, os sujeitos compartilham problemas e soluções, fortalecem a auto-estima e se sentem mais confiantes para enfrentar o processo de adoecimento e sofrimento (Cohen e

Syme, 1985; Wills, 1985). Desse modo, as práticas de apoio social integram a dimensão do cuidado, e cuidar é uma atitude interativa de preocupação e responsabilização para com o próximo (Boff, 2000), centrada no acolhimento do sujeito, no respeito pelo seu sofrimento e pela sua história de vida.

A ênfase no cuidado tem papel importante diante do aumento da demanda de atenção médica por agravos psicossociais. A biomedicina, ao se apoiar nos meios diagnósticos para evidenciar as doenças, fez com que o diagnóstico substituísse a atenção e o cuidado. Porém, mais do que um diagnóstico, os sujeitos desejam se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades (Luz, 1997; Vasconcelos, 1998).

Samaja (2000, p. 41) acrescenta que o cuidado aponta para uma maior conscientização dos sujeitos envolvidos, saindo da concepção biologicista, pois “a saúde-doença deixa de ser um estado biológico possível vivido meramente pelos sujeitos, para tornar-se um objeto da ação e da consciência de todos os membros do coletivo social: eis a essência do conceito de saúde-doença-cuidado” Nesse sentido, a homeopatia também compartilha do modelo de saúde-doença-cuidado, ao ampliar a percepção dos sujeitos e torná-los mais conscientes e com maior autonomia diante na vida.

No estudo realizado com pacientes e médicos homeopatas sobre cuidado e integralidade (Machado e Pinheiro, 2002), foram identificadas duas dimensões do cuidado - individual e coletiva - presentes na prática homeopática.

A dimensão individual, voltada para a busca do equilíbrio emocional, significa estar mais preparado para as adversidades da vida e implica “agir positivamente”, ou seja, agir de modo mais equilibrado e com maior consciência. Já a dimensão coletiva do cuidado está relacionada ao “agir social” e inclui solidariedade, amor e fé. Os autores concluem que a homeopatia, ao aumentar a percepção de si e das dificuldades do próximo, permite que os sujeitos, através do “agir positivamente” e do “agir social”, se tornem mais solidários, cuidando de si e dos outros.

A partir dessa perspectiva, é possível identificar uma relação entre homeopatia e apoio social, em que ambos permitem aos sujeitos encontrar um sentido e significado de vida, estimulando a confiança e a autonomia. A homeopatia, ao tratar os sujeitos doentes como seres singulares, acolhendo-os e permitindo que se expressem livremente, estabelece vínculos interpessoais de confiança entre profissional e paciente, facilitando

que o apoio social seja fornecido. Além do mais, estimular ações solidárias, através do “agir positivamente” e do “agir social” (Machado e Pinheiro, 2002), também fomenta o apoio social entre as pessoas.

4. O sujeito e a individualização na relação profissional-paciente: a busca da autonomia através do cuidado integral à saúde

A relevância de se articular as dimensões subjetivas e objetivas nos modelos de explicação do processo de saúde-doença, em vigência da complexidade sanitária, vem sendo apontada por diversos autores (Carvalho, 1996, Luz, 1997; Czeresnia, 1999). No entanto, compreender a natureza do sofrimento e seus fatores determinantes e incluir os sujeitos como atores principais torna-se um desafio nas intervenções no campo da saúde. Para tanto, faz-se necessário identificar quem são os sujeitos para os quais estão voltadas nossas práticas.

O sujeito, segundo Lalande (1991, p. 1.067), pode ser definido como um “ser real, que tem qualidades e exerce ações” e, assim, “existe não somente em si, mas para si, e não se limita a ser um objeto, visível de fora ou delimitado por contornos lógicos, (...) mas que contribui para se fazer a si mesmo por um devir voluntário e uma conquista pessoal”. Nesse sentido, o sujeito é um ser ativo, que pode participar dos processos de decisão, que constrói a sua própria história e não é apenas objeto de investigação científica.

Em contrapartida, a definição de indivíduo, do latim *individuum*, está relacionada a algo materialmente indivisível (Lalande, 1991), o que indica que os indivíduos são pensados como unidades estáticas e permanentes, enquanto os sujeitos se modificam e se transformam ao longo da vida.

Rosenbaum (2000) acrescenta que os indivíduos podem ser analisados enquanto uma categoria genérica, um padrão generalizador, ou seja, através das características mais frequentes dos mesmos, se estabelecem médias, o que não significa que todos se expressaram somente daquela maneira. Um exemplo clássico é o da epidemiologia, que trabalha com indivíduos para estimar os efeitos médios e assim obter fatores de risco associados a determinados agravos. Já a categoria sujeito não permite trabalhar com médias, pois “sendo de uma única natureza, de uma única singularidade, não pode se repetir” (Rosenbaum, 2000, p. 124).

O sujeito constrói e reconstrói sua história e identidade através das experiências vividas e das relações com o contexto no qual está inserido (Sluzki, 1997; Ayres, 2001), e é para esse sujeito que devem ser dirigidos os cuidados em saúde.

É nessa concepção que a homeopatia é apontada como uma medicina do sujeito (Rosenbaum, 2000), por ser um sistema médico centrado no ser humano individual e singular, que sente, reage e sofre de modo particular às circunstâncias da vida. E do mesmo modo que o processo de saúde-doença é uma experiência singular, a terapêutica homeopática também trabalha com critérios de singularidade e está voltada para a totalidade do sujeito doente.

Com o objetivo de compreender a natureza dos sujeitos e prescrever o medicamento mais apropriado para o caso individual, Hahnemann (1921) ressaltou a obrigatoriedade de se trabalhar com critérios de individualização, isto é, identificar, a partir do relato da história biopatográfica e da observação direta, os sintomas característicos dos sujeitos, que os individualizam e retratam a singularidade do adoecimento humano. Existem duas categorias de sintomas que devem ser diferenciadas na prática homeopática: a que retrata a natureza interior e a que se refere ao quadro nosológico ou entidade clínica.

A primeira categoria, relevante para encontrar o medicamento mais adequado, corresponde ao conjunto de sintomas físicos, mentais e emocionais, que devem ser devidamente modalizados para ressaltar o que é mais específico naquele paciente. O médico homeopata deve investigar as condições de vida, relacionamentos sociais, hábitos alimentares, qual a natureza e peculiaridade das queixas relatadas, entre outros. A partir do quadro da totalidade sintomatológica, procura selecionar os sintomas “raros, estranhos e peculiares”, também chamados de sintomas idiossincrásicos, e que por serem característicos daquele paciente vão auxiliar na escolha do medicamento.

Através dos sintomas relatados, o homeopata busca o que é “estranho por antagonismo com o que é próprio, aquilo que é raro dentre aqueles traços em comum, e investiga-se a peculiaridade como forma de alcançar aquilo que é exclusivo” (Luz, 1993, p. 29). O medicamento prescrito deve cobrir a maior parte dos sintomas do paciente.

Na segunda categoria estão os sintomas referentes à entidade anátomo-clínica, apresentados por grande parte dos pacientes que desenvolvem uma determinada patologia. Como exemplo tem-se a febre e tosse com expectoração das pneumonias, a dor precordial constrictiva do infarto, e assim por diante. Estes sintomas falam da doença enquanto entidade nosológica mas não individualizam o paciente, e portanto não devem ser priorizados para encontrar o medicamento homeopático adequado.

Diante da relevância da individualização na prática homeopática, Hahnemann (1921) ressaltou a necessidade de o médico observar e escutar os pacientes sem julgamento ou interpretação e anotar os sintomas subjetivos e objetivos exatamente como relatados pelos pacientes ou seus acompanhantes. A homeopatia, por ser centrada na terapêutica e não na diagnose, utiliza a narrativa do paciente como instrumento fundamental da consulta, exigindo que o médico homeopata se aperfeiçoe cada vez mais na arte de interrogar (Luz, 1993). Nesse contexto, a relação médico-paciente é valorizada como um recurso terapêutico, que ajuda a compreender a singularidade do sujeito doente e curar ou aliviar o sofrimento.

A relação médico-paciente, conforme já referido, é um dos determinantes da resolutividade dos problemas de saúde. Grande parte da eficácia médica resulta da satisfação que os pacientes encontram durante o processo de tratamento (Ong, 1995; Luz, 1997). Satisfação que, segundo esses autores, não se restringe ao aspecto técnico-científico da medicina mas inclui também a qualidade dos vínculos entre médicos e pacientes, a comunicação interpessoal e o modo como as relações serão estabelecidas. Nessa perspectiva, a relação médico-paciente é apontada como condição importante tanto para a cura como para os cuidados em saúde, e para ser eficaz deve focar o sujeito doente e não a doença (Cassell, 1982; Kirmayer, 1988; Ong, 1995; Luz, 1997).

No entanto, na prática clínica existe uma dicotomia no agir dos profissionais, entre os que valorizam a doença e os que priorizam o sujeito doente, com conseqüente impacto na qualidade dessa relação.

Os profissionais de saúde inseridos na racionalidade do modelo biomédico têm como foco a doença, e assim priorizam o diagnóstico objetivo, visando à construção de categorias diagnósticas. Os meios diagnósticos estão cada vez mais complexos e há crescente investimento em aparelhagens de alta tecnologia, que, além de encarecerem o custo da medicina, mantêm um distanciamento físico do paciente.

Embora os exames complementares tenham suas indicações, alguns autores criticam a incorporação dos mesmos como rotina médica, em detrimento da anamnese criteriosa (Foss e Rothenberg, 1987). Advertem ainda que a narrativa dos pacientes, repleta de sentidos, significados e conteúdos subjetivos, vem perdendo espaço para a objetividade da tecnologia científica (Foss e Rothenberg, 1987; Kirmayer, 1988; Luz, 1997).

Ao se objetivar a doença e nomeá-la, não se leva em consideração que a doença do paciente não corresponde necessariamente à doença do médico (Canguilhem, 1978). Enquanto o paciente sofre e se sente doente, o

médico o considera saudável se os resultados dos exames estão dentro do padrão da normalidade. Existe um desencontro entre os significados pessoais do adoecimento e a percepção dos médicos, o que leva alguns pacientes insatisfeitos a abandonarem o tratamento.

A dificuldade em compreender as queixas dos pacientes nos remete à discussão desenvolvida por Valla (1996), sobre “a crise de interpretação é nossa”. Para esse autor, os profissionais de saúde não compreendem o que a população fala ou sente, pois, muitas vezes, partem de idéias preconcebidas e acreditam deter a verdade e o conhecimento. Não se considera que o saber desses sujeitos, embora construído sob outra lógica, não é melhor nem pior que o saber dos profissionais de saúde, apenas diferente. Enquanto os profissionais detêm o conhecimento técnico para tratar e aliviar o sofrimento, os pacientes detêm o conhecimento de seus sintomas, histórias de vida, necessidades, elementos fundamentais para o médico exercer o seu trabalho.

Ao não se admitir a existência de outro saber além do técnico-científico, cria-se um hiato na relação profissional-paciente, em que a opinião do profissional assume caráter objetivo, correto e verdadeiro, e a percepção do paciente é desqualificada, por ser considerada subjetiva e imprecisa. Kirmayer (1988) argumenta que o dualismo presente na medicina moderna não é só entre o corpo e a mente, mas também entre o médico, como conhecedor ativo, e o paciente, como aprendiz passivo. Esta postura afasta o paciente do profissional e impede que o mesmo se expresse livremente.

O distanciamento da relação médico-paciente também fica evidenciado nos ambulatorios dos serviços públicos, quando o mesmo paciente, ao longo do seu tratamento, é acompanhado por diferentes médicos (Camargo Jr., 1997). Isto ocorre, segundo esse autor, devido às características intrínsecas da própria racionalidade biomédica, que valoriza pouco as relações pessoais como recurso terapêutico e prioriza diagnosticar e curar as patologias, em detrimento de curar e cuidar dos sujeitos doentes.

Neste contexto, Luz (1997) critica a objetividade e neutralidade da biomedicina e aponta para outros sistemas médicos, como a homeopatia, que consideram o aspecto simbólico e psicológico do adoecimento e incorporam a relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica, priorizando o sujeito doente e seu cuidado.

Na homeopatia, a relação médico-paciente é importante para compreender o sujeito doente dentro da especificidade do seu adoecimento. Ao colher a história biográfica, o médico precisa ter “paciência, conhecimento da natureza humana e prudência na condução do interrogatório”

(Hahnemann, 1921, p. 182), além de deixar o “paciente se expressar livremente e detalhar a história dos seus sofrimentos sem interrupção” (Hahnemann, 1921, p. 173).

Nessa abordagem, a relação médico-paciente se torna uma relação terapêutica, ao permitir que o paciente, durante a anamnese homeopática, fale de suas dores e angústias, entrando assim em maior contato com si próprio. O próprio termo anamnese, muito utilizado para se referir ao conjunto de informações que os profissionais de saúde recolhe do paciente no ato de interrogar sobre o processo de adoecimento, origina-se do grego *anámnesis* e significa recordar, lembrar de algo esquecido (Leloup, 1998). É através da narrativa e da possibilidade de se expressar que o paciente recorda sua história biográfica, aquilo que motivou o adoecimento ou sofrimento. A oportunidade de reviver as histórias e experiências, com a ajuda dos profissionais, pode ser uma forma de reelaborá-las e dar a elas novo significado (Cassell, 1982; Leloup, 1998).

Ao considerar o sujeito doente principal objetivo da intervenção terapêutica, os vínculos de intersubjetividade entre médicos e pacientes tendem a ser construídos através do respeito, da troca de informações e da reciprocidade (Ong *et al.*, 1995). Por um lado, o profissional precisa ter disponibilidade e tempo para escutar e respeitar o relato e as queixas dos pacientes, além de informar-lhes sobre o processo de adoecimento e as possibilidades terapêuticas. Por outro, o paciente, ao se sentir compreendido e acolhido, terá confiança para expor seu íntimo, falar de suas dúvidas e necessidades, saindo do papel de aprendiz passivo para um papel ativo, em que é capaz de se posicionar e optar por compartilhar ou não das decisões referentes ao seu tratamento. Esse tipo de relação médico-paciente incentiva a “busca de maior autonomia em face de seu processo de adoecimento, facilitando o processo de construção (ou de reconstrução) da própria saúde” (Luz, 1997, p. 32).

Nesse sentido, a relação médico-paciente é uma forma de apoio social, ao estimular os sujeitos a assumirem o controle da própria vida e decidirem sobre as questões referentes à sua saúde. Para alguns autores (Ong *et al.*, 1995; Wortman e Conway, 1985), os benefícios da relação médico-paciente no estado de saúde e bem-estar, conforme relatado em alguns estudos, podem ser decorrentes do apoio social fornecido pelos médicos ou outros profissionais responsáveis pelos cuidados em saúde. Entre os vários tipos de apoio social, os mais evidenciados na relação médico-paciente são o apoio informativo e emocional.

O apoio informativo está presente ao se fazer perguntas ao paciente, fornecer-lhe informações, dar conselhos, discutir sobre o tratamento e prognóstico, esclarecer as dúvidas e questionamentos. Ong *et al.* (1995) assinalam que este aspecto da relação interpessoal, de caráter cognitivo, está mais direcionado para a cura e reflete a necessidade de que os pacientes compreendam o processo de adoecimento. E acrescentam: quanto menos informação os pacientes receberem dos médicos, maior a tendência a desenvolverem ansiedade, depressão e dificuldades para enfrentar os problemas de saúde.

Já o apoio emocional requer que o profissional escute atentamente o paciente, demonstre interesse pelos problemas, incentive a enfrentar as dificuldades, transmita confiança, toque o paciente e o chame pelo nome. Esse tipo de comportamento afetivo ou socioemocional reflete a necessidade dos pacientes de se sentirem compreendidos e está mais orientado para o cuidado (Ong *et al.*, 1995).

Em geral, os pacientes não costumam perceber o apoio informativo e emocional como aspectos distintos do cuidado, pois ambos podem estar presentes quando o médico, ao fornecer informações sobre o adoecimento ou esclarecer dúvidas, o faz de modo afetivo e atencioso (Ong *et al.*, 1995). Para esses autores, tanto o apoio informativo como o emocional são importantes na relação médico-paciente e contribuem para a aderência ao tratamento, a satisfação dos pacientes e a sua recuperação, com benefícios à saúde física e mental. Além disso, sendo o apoio social uma relação de reciprocidade (Cohen e Syme, 1985; Pearlin, 1985; Valla, 1988), a relação médico-paciente também beneficia os médicos ou outros profissionais de saúde, que se sentem úteis, por cuidar e acolher os pacientes, e recompensados, por exercerem sua vocação.

O cuidado começa ao acolher os pacientes e aceitar o sofrimento dos mesmos como real, mesmo que este não corresponda à percepção do médico (Kirmayer, 1988). Ao se discutir sobre os significados pessoais do adoecimento, o sofrimento e os danos causados pelos mesmos, os pacientes vão entrando em contato com suas necessidades e demandas para que possam, aos poucos, modificar suas vidas e ambientes. Esse tipo de relação médico-paciente, entendida como uma forma de apoio social, visa a incentivar a autonomia dos pacientes em relação ao seu processo de saúde-doença, ao invés da dependência da enfermidade (Luz, 1997) ou da culpa pelo adoecimento (Canguilhem, 1978; Kirmayer, 1988).

A atitude de cuidado presente na homeopatia e no apoio social, entre outras práticas de saúde, aproxima o cuidador e o que recebe os cuidados, através da relação de interação, da troca e do diálogo. Estudos com populações carentes (Vasconcelos, 1998) apontam que o cuidado ao orientar as práticas de intervenção aproxima a equipe de saúde e a família, o que permite discutir a complexidade dos problemas de saúde não mais na dimensão biológica, mas sim nas suas dimensões psicossociais.

Segundo o mesmo autor, nos contextos de miséria e precariedade marcados pelo adoecimento e sofrimento da população, o cuidado dos profissionais de saúde com os pacientes, embora muitas vezes não anule o sofrimento, pode aliviá-lo, ajudando os sujeitos a construir novas perspectivas para enfrentar os problemas. E acrescenta: “através do apoio familiar, os profissionais de saúde propiciam alguns novos suportes para que a família possa utilizar para recompor seu próprio caminho de vida” (Vasconcelos, 1998, p. 53), o que reforça a importância das práticas centradas no modelo da rede social (Sluzki, 1997).

Essas práticas de cuidado retomam o papel dos sujeitos como atores principais das ações e intervenções em saúde (Cassell, 1982; Kirmayer, 1988; Luz, 1997; Vasconcelos, 1998; Ayres, 2001; Pinheiro, 2001). A homeopatia e o apoio social, ao compartilharem do modelo de saúde-doença-cuidado, integram os aspectos subjetivos e objetivos do adoecer humano, o que sugere que o pensamento do apoio social está mais próximo da racionalidade homeopática do que da racionalidade biomédica.

Do mesmo modo que a homeopatia ajuda a ressurgir o sujeito (Rosenbaum, 2000), o apoio social também o faz. Nesse sentido, ressurgir o sujeito pode ser entendido como cuidar da sua saúde e ajudá-lo a construir projetos de vida (Luz, 1997; Ayres, 2001), que o permitam dar novo sentido e significado às experiências, estimulando o potencial de criatividade e liberdade individual (Vasconcelos, 1998).

5. Apoio social e o modelo da rede social: a solidariedade como eixo de organização de novas práticas de atenção integral à saúde

A reorientação dos serviços públicos de saúde, a partir dos pressupostos da promoção, implica trabalhar com a concepção positiva de saúde (Almeida Filho, 2001). Para tanto, é preciso superar o modelo biomédico hegemônico, centrado na doença e na assistência médica curativa, e organizar os serviços de saúde e suas práticas, visando a atender às necessidades dos indivíduos (OMS, 1986). O resultado, assinala Buss (2000, p. 171),

envolve “transformações profundas na organização e financiamento dos sistemas e serviços de saúde, assim como nas práticas e na formação dos profissionais”.

Partindo do princípio de que a constituição da demanda é um elemento importante a ser considerado na organização das práticas de atenção integral à saúde (Mendes, 1993; Pinheiro e Luz, 1999), um dos primeiros questionamentos é como lidar com a demanda crescente por problemas de natureza psicossocial. No Brasil, estima-se que a maior parte do atendimento médico ambulatorial da rede pública seja motivada por queixas de sofrimento difuso ou mal-estar difuso, decorrentes da “síndrome do isolamento e pobreza” que acomete grande parte da população (Luz, 2001).

As políticas de solidariedade e apoio mútuo, isto é, de apoio social, podem ser uma das poucas soluções para as classes populares (Valla, 1999) ou até mesmo para os vulneráveis e desfiliaados (Castel, 1993). Cabe portanto questionar se essas atividades de apoio social, organizadas a partir da sociedade civil, não estariam fornecendo subsídios para se repensar e redirecionar as práticas sanitárias no âmbito da promoção da saúde.

Dentro dessa abordagem, assim como a população se organiza criando estratégias de apoio social que beneficiam a saúde física e mental, os profissionais de saúde também podem fomentar o apoio social, ao incentivar a consolidação de redes sociais já existentes ou favorecer o desenvolvimento de novas redes (Minkler, 1985; Minkler, 1992; Sluzki, 1997). Nesse contexto, a homeopatia, entre outras práticas médicas, também contribui para intensificar o apoio social, ao estimular ações solidárias, através do “agir positivamente” e do “agir social” (Machado e Pinheiro, 2002).

Tendo em vista que a socialização é um fator importante para os sujeitos acessarem os recursos de apoio social e desenvolverem habilidades pessoais, e considerando o impacto da rede social na saúde, Sluzki (1997) aponta para a viabilidade de se implementar o modelo da rede social na prática terapêutica. Esse modelo pode ser empregado no nível individual e no coletivo, com ênfase no aumento do poder de decisão e autonomia dos pacientes e famílias ou população.

No nível individual, a partir das demandas e necessidades dos sujeitos, os profissionais iniciam o trabalho com a exploração e descrição da rede social, com objetivo de compreender os sujeitos no seu contexto e as suas relações com a família e outros vínculos. Esse mapeamento da rede social pessoal ajuda a torná-la visível para os profissionais e para os próprios pacientes, facilitando a identificação dos processos relacionados ao adoecimento e sofrimento, as variáveis psicossociais que podem estar

contribuindo para desencadear os problemas de saúde e as que podem ser úteis para solucionar os conflitos (Sluzki, 1997). Além disso, auxilia na definição de estratégias e intervenções, de tal modo “que gerem uma experiência na qual os pacientes sejam agentes ativos em sua própria mudança” (Sluzki, 1997, p. 64).

Algumas dessas estratégias e intervenções podem incluir a desativação de determinadas redes sociais que estão sendo prejudiciais, ativar outras que se encontram inertes ou ajudar a reconectar os sujeitos isolados ou cujos vínculos são frágeis em contextos de maior densidade social, tais como os diversos grupos de apoio social, programas de terceira idade, atividades educativas, de lazer, entre outras. Tais condutas terapêuticas podem ser relevantes, tendo em vista que diversos pacientes que buscam constantemente atendimento nos ambulatórios dos serviços públicos vivem isolados ou têm uma rede social frágil e incapaz de atender às necessidades de apoio (Sluzki, 1997).

O apoio social recebido através dessas redes de solidariedade, em que um recebe *feedback* do outro, permite fortalecer a identidade e tornar os sujeitos mais confiantes, com sentimentos de estabilidade e controle sobre a própria vida, reduzindo assim os agravos físicos e psicológicos (Cohen e Syme, 1985; Wills, 1985). Além disso, a possibilidade de compartilhar experiências com outros, de sentir-se aceito e respeitado, cria um sentimento de pertencimento e identidade de grupo (Spiegel, 1997; Zimmerman, 1997) e diminui a sensação de carência e isolamento.

As práticas de saúde centradas no modelo da rede, voltadas para o cuidado e atenção integral à saúde, são importantes porque grande parte da população vive imersa na cultura sem esperanças da pobreza (Sluzki, 1997). Os profissionais e instituições de saúde tendem a responsabilizar esses sujeitos, famílias e grupos sociais pelo seu adoecimento e sofrimento, por não terem acesso a recursos, não serem pró-ativos, tratando-os como desprovidos de poder e capacidade para controlar si próprios e seu entorno (Valla, 1993). Esse processo de “culpabilização das vítimas”, segundo Valla (1993, 1996), está intimamente relacionado à desqualificação do saber popular, a desconsiderar que esses sujeitos têm idéias próprias e conhecimentos acumulados sobre a sociedade e os fatores determinantes dos agravos à saúde. Privá-los de participar e decidir sobre as questões referentes à sua saúde acentua a falta de esperança e de confiança em si próprio.

Em contrapartida, o modelo de rede social baseado na visão sistêmica do sujeito e do processo de saúde-doença-cuidado parte do pressuposto de que os sujeitos possuem competências e habilidades, não precisam dos

profissionais para resolver seus problemas, mas sim de orientação e de suporte para tomar decisões e efetivar as mudanças (Sluzki, 1997). Os problemas são discutidos na perspectiva de se desenvolver estratégias e intervenções passíveis de serem executadas.

Já no nível coletivo, o modelo da rede social pode ser utilizado para implementar ações educativas e comunitárias, mobilizando redes sociais mais amplas, constituindo o que Dabas (1993 *apud* Sluzki, 1997) define como “rede de redes”. Ao ampliar e fortalecer as redes sociais, é possível intensificar recursos e capacidades crescentes dos sujeitos, favorecendo a participação em ações comunitárias e processos decisórios. Esse tipo de participação efetiva da população contribui para aumentar o nível de empoderamento individual e comunitário, e é um importante preditor da saúde e qualidade de vida (Minkler, 1985; Minkler, 1992).

Estudos evidenciam que o potencial de transformação das situações sociais pode ser reforçado através de práticas de saúde centradas no modelo da rede social (Minkler, 1992; Sluzki, 1997, Oliveira, 1998) e sugerem que a ação transformadora dos sujeitos não se dá somente pelo conhecimento mas, principalmente, pelo fortalecimento das relações, pelo apoio e solidariedade. Nesse sentido, adverte Oliveira (1998), a informação e a capacitação técnica são conseqüências da rede social de apoio e, apesar de informados, se os sujeitos não se sentirem apoiados e valorizados, vão procurar outros espaços onde possam obter esse apoio e estímulo.

Dessa forma, os profissionais envolvidos no trabalho com a população precisam ampliar o olhar e procurar compreender e valorizar a ação dos sujeitos, buscando melhorias e o enfrentamento dos problemas coletivos. Ampliar o olhar pode significar sair do foco das doenças e se centrar nos sujeitos e seu cuidado, além de buscar compreender seus limites e possibilidades de atuação, de acordo com seus contextos de vida. Para tanto, é preciso respeitar a forma de pensar e agir da população, que em geral é bem diferente da lógica do pensamento acadêmico-científico (Valla, 1993 e 1996; Vasconcelos, 1998).

Sluzki (1997) acrescenta que o modelo da rede social pode ser associado a diversas práticas terapêuticas, para intensificar o apoio social e incentivar a presença mais ativa dos sujeitos, estando assim inserido nos pressupostos da promoção da saúde. A homeopatia é importante nesse contexto, pois trabalha com a visão sistêmica do sujeito no seu ambiente, além de fomentar o apoio social, através da relação médico-paciente, do cuidado e do estímulo à autonomia. Nesse sentido, pode incorporar o modelo

da rede social na sua prática cotidiana, embora algumas estratégias de socialização já venham sendo desenvolvidas em alguns serviços públicos de saúde (Luz, 1997).

O modelo da rede social permite integrar as dimensões do individual-coletivo e do subjetivo-objetivo. Provê uma ferramenta conceitual útil para se organizar as experiências pessoais e coletivas e traçar as estratégias (Sluzki, 1997). Dependendo da complexidade dos problemas e das necessidades de saúde, pode ser necessária uma equipe de profissionais integrados em rede, o que por sua vez amplia o cuidado e o suporte para os pacientes e familiares.

6. Considerações finais

Na conjuntura atual de desigualdade social, violência, precariedade do trabalho e das relações sociais, em que predominam na sociedade os valores de individualismo, competição e consumismo, os sujeitos vêm agravando os problemas de saúde e mantendo um sofrimento crônico. A complexidade dos problemas de saúde, com o aumento das doenças crônico-degenerativas, recrudescimento de doenças transmissíveis até então controladas, problemas de saúde mental e agravos de natureza psicossocial, evidenciam a necessidade de se entender a saúde numa perspectiva multifatorial e positiva, e não mais como ausência de doenças ou lesões corporais.

O aumento de demanda de atenção médica, o desequilíbrio da relação demanda-oferta nos serviços públicos, as dificuldades de acesso e os limites de resolutividade e cura do modelo médico hegemônico são alguns dos aspectos da crise da saúde. Nesse cenário, o apoio social é evidenciado como uma das estratégias e táticas da população para enfrentar a complexidade dos problemas de saúde-doença, através de relações que envolvem o cuidado, a solidariedade e o apoio mútuo.

Essa crise da saúde é também uma crise da medicina moderna, não como produção de conhecimento, já que se investe cada vez mais em tecnologias de ponta e na ciência das doenças, mas no que diz respeito à “arte de curar ou cuidar dos sujeitos doentes”, à compreensão e acolhimento do sofrimento, à relação médico-paciente e aos aspectos subjetivos do adoecer humano, entre outros. Não se trata de desprezar a tecnologia científica e os avanços do conhecimento médico, mas de perceber o limite do conhecimento racional e abrir espaço para que o afeto, a compaixão, a solidariedade e os diversos sentimentos relacionados ao cuidado façam parte da relação entre profissionais de saúde e paciente.

Diante da necessidade de se redefinir modelos de atenção à saúde e organizar suas práticas, centradas no cuidado e acolhimento dos sujeitos e suas necessidades, é preciso rever a teoria de saúde-doença que sustenta tais práticas. Nesse sentido, as teorias da homeopatia e do apoio social são importantes, pois ajudam a repensar as práticas voltadas para a integralidade na atenção e no cuidado, principalmente no contexto de promoção da saúde.

Assim como o apoio social é considerado um instrumento de ação importante no campo da promoção da saúde, a homeopatia também se insere nos pressupostos da promoção, pois aborda a saúde na sua positividade, estimula a autonomia e retoma o papel dos sujeitos como atores principais das ações e intervenções. Nessa abordagem, a homeopatia e o apoio social compartilham do modelo de saúde-doença-cuidado, ao ampliarem a concepção de saúde-doença para além do viés biologicista e enfatizarem os sujeitos na sua dimensão transformadora, como seres que constroem e reconstroem suas histórias ao longo da vida.

Do mesmo modo que a homeopatia vem sendo incorporada na reorganização do sistema de saúde, o conceito do apoio social pode ajudar a repensar e redirecionar as práticas sanitárias, a partir do modelo da rede social, de tal modo que as práticas de apoio social e homeopatia possam ser trabalhadas em conjunto. Esse modelo da rede social permite ampliar a compreensão das variáveis relacionadas ao processo de saúde-doença e definir estratégias e intervenções de atuação na rede. Ao fortalecermos a rede social externa e intensificarmos o apoio social, ajudamos a fortalecer o interno dos sujeitos, a autoconfiança, a identidade e o senso de controle diante das situações de vida.

Embora os homeopatas investiguem, durante a anamnese, as relações familiares, os vínculos sociais e a forma de agir dos sujeitos no mundo, é importante que passem a incorporar a dimensão da rede social dos pacientes na sua prática cotidiana. Assim, ao identificarem que os sujeitos vivem sós, demonstram dificuldades de se relacionar, passaram por processos de perdas, entre outros, devem estimulá-los a desenvolver atividades de socialização. Além disso, a possibilidade de ter profissionais de saúde integrados em rede amplia o acolhimento e o cuidado dos sujeitos doentes e seus familiares.

Ao longo do trabalho, identificamos diversas analogias entre o apoio social e a homeopatia, o que nos levou a concluir que o apoio social está mais próximo da racionalidade homeopática do que da racionalidade biomédica. A homeopatia e o apoio social, ao estimularem a autonomia

e se centrarem no cuidado, remetem os sujeitos a um projeto de vida que lhes dá esperança, sentido de vida, fortalecem seus sonhos e desejos, e os tornam mais livres na sua totalidade. Nessa perspectiva, poderemos caminhar para práticas de saúde mais eficazes, que incluam a participação ativa dos sujeitos e integrem seus direitos de cidadania e de qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA FILHO, N. Holopatogênese: uma teoria geral de saúde-doença como base para a integralidade das práticas de saúde. IN: SEMINÁRIO DO PROJETO INTEGRALIDADE: SABERES E PRÁTICAS NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, II., 2001, Rio de Janeiro. *Resumos...* Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001, p. 1-29.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, p. 63-72, 2001.

BARRIOS, P. C. Plan de salud personal: una vía para reapropriarnos de nuestros espacios internos. IN: CURSO NACIONAL TEORICO PRACTICO DE APLICACIÓN CLINICA Y SOCIAL DE LA PSICONEUROINMUNOLOGIA, II., Caracas, 1999. *Resumos...*, Caracas: Universidad Central de Venezuela, 1999, p. 159-174.

BERKMAN, L. F. The relationship of social network, and social support to morbidity and mortality. In: COHEN, S.; SYME, L. (Org.). *Social support and health*. London: Academic Press, 1985, p. 241-262.

BOFF, L. *Saber cuidar*. Ética do humano: compaixão pela Terra. Petrópolis: Vozes, 2000.

BOURDIEU, P. *Contrafogos*: táticas para enfrentar a invasão neoliberal. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BOWLING, A. La medida de las redes y el apoyo social. In: BOWLING, A. (Org.). *La medida de la salud*: revisión de las escalas de medida de la calidad de vida. Barcelona: Masson, 1994, p. 135-165.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, p. 163-177, 2000.

CAMARGO Jr., K. R. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, v. 2, n. 1, p. 203-228, 1992.

- CAMARGO Jr., K. R. Representações de doença, saúde e seu cuidado na clientela de serviços ambulatoriais da rede pública no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997 (Série *Estudos em Saúde Coletiva*, n. 149).
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.
- CARVALHO, A., I. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 1, p. 104-121, 1996.
- CASSEL, J. The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Medicine*, v. 104, p. 107-123, 1976.
- CASELL, E. J. The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine*, v. 306, p. 639-645, 1982.
- CASTEL, R. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (Org.). *Saúde e Loucura 4*. São Paulo: Hucitec, 1993, p. 21-48.
- CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001, p. 113-126.
- COHEN, S.; SYME, L. Issues in the study and application of social support. In: COHEN, S.; SYME, L. (Org.). *Social support and health*. London: Academic Press, 1985, p. 3-22.
- CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, p. 701-709, 1999.
- EPP, J. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. *Promoción de la salud: una antología*. Washington, DC: OPS, 1986 (*Publicación Científica*, n. 557).
- FOSS, L.; ROTHENBERG, K. *The second medical revolution*. From Biomedicine to Infomedicine. Boston: New Science Library, 1987.
- HAHNEMANN, S. *Organon of medicine*. New Delhi: B. Jain Publishers, 1921.
- KENT, J. T. *Lectures on homoeopathic philosophy*. New Delhi: B. Jain Publishers, 1954.
- KIRMAYER, L. J. Mind and body as metaphors: hidden values in biomedicine. In: LOCK, M.; GORDON, D. (Org.). *Biomedicine examined*. Boston: Kluwer Academic Publishers, 1988, p. 57-93.
- LALANDE, A. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Paris: Presses Universitaires de France, 1991.

- LELOUP, J. Y. *O corpo e seus símbolos*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- LUZ, H. S. Racionalidades médicas: a medicina homeopática. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993 (Série *Estudos em Saúde Coletiva*, n. 64).
- LUZ, M. T. *Natural, racional, social*. Razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 1, p. 13-43, 1997.
- LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001, p. 17-37.
- MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R. Percepções e práticas dos pacientes e homeopatas sobre o cuidado na atenção integral à saúde - um estudo de caso. IN: SINAPIH - SIMPÓSIO NACIONAL DE PESQUISA HOMEOPÁTICA, 7. Rio de Janeiro, 2002. *Anais...* Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.
- MENDES, E. V. O processo de construção do Sistema Único de Saúde: reflexões sobre uma agenda mínima para a reforma sanitária. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993, p. 49-65.
- MINAYO, M. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, p. 7-19, 2001.
- MINKLER, M. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the Tenderloin Senior Outreach Project. *Health Education Quarterly*, n. 12, p. 303-313, 1985.
- MINKLER, M. Community organizing among the elderly poor in the United States: a case study. *International Journal of Health Services*, v. 22, p. 303-316, 1992.
- OLIVEIRA, R. M. A dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, p. 69-78, 1998.
- OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Washington, DC: OPS, 1986 (*Publicación Científica*, n. 557).

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaración de Sundsvall: entornos propicios para la salud. In: BUSS, P. (Org.). *Promoción de la salud y la salud pública: una contribución para el debate entre las escuelas de la salud pública de América Latina y el Caribe*. Rio de Janeiro: ENSP, 1991, p. 183-188.

ONG, L. M. L.; HAES, J. C. J. M.; HOOS, A. M.; LAMMES, F. B. Doctor-patient communication; a review of the literature. *Social Science and Medicine*, v. 40, p. 903-918, 1995.

PEARLIN L. I. Social structure and process of social support. In: COHEN, S.; SYME, L. (Org.). *Social support and health*. London: Academic Press, 1985, p. 43-60.

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. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001, p. 65-112.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Modelos ideais x práticas eficazes: desencontro entre gestores e clientela nos serviços de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999 (Série *Estudos em Saúde Coletiva*, n. 191).

ROSENBAUM, P. *Homeopatia: medicina interativa, história lógica da arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

SAMAJA, J. *A reprodução social e a saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

SLUZKI, C. E. *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SPIEGEL, D. Apoio social: como os amigos, a família e os grupos podem ajudar. In: GOLEMAN, D.; GURIN, J. (Org.). *Equilíbrio mente e corpo: como usar sua mente para uma saúde melhor*. Rio de Janeiro: Campus, 1997, p. 283-298.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. *Promoción de la salud: una antología*. Washington, DC: OPS, 1992 (*Publicación Científica*, n. 557).

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, p. 133-149, 2000.

VALLA, V. V. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde. In: VALLA, V.; STOTZ, E. N. (Org.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993, p. 87-100.

VALLA, V. V. A crise de compreensão é nossa: procurando compreender a fala das classes populares. *Educação e Realidade*, n. 21, p. 177-190, 1996.

VALLA, V. V. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: COSTA, M. V. (Org.). *Educação popular hoje*. São Paulo: Loyola, 1998, p. 151-179.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 15, p. 7-14, 1999.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 14, p. 39-57, 1998.

ZIMERMAN, D. E. Fundamentos teóricos. In: ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C. (Org.). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 25-31.

WILLS, T. A. Supportive functions of interpersonal relationships. In: COHEN, S.; SYME, L. (Org.). *Social support and health*. London: Academic Press, 1985, p. 61-82.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health and brain disorders. <http://www.who.int/en/> (acessado em 2001).

WORTMAN, C. B.; CONWAY, T. L. The role of social support in adaptation and recovery from physical illness. In: COHEN, S.; SYME, L. (Org.). *Social support and health*. London: Academic Press, 1985, p. 281-302.

Notas

- 1 Médica homeopata, mestre em Ciências pela ENSP/FIOCRUZ, professora orientadora do curso Autogestão em Saúde da ENSP/FIOCRUZ - Educação à distância, parte do Projeto Integralidade: Saberes e Práticas no Cotidiano nos Serviços de Saúde. Pesquisadora colaboradora no Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde / grupo de pesquisadores do CNPq – Racionalidades Médicas.
- 2 Doutor em História pela USP, pesquisador titular do Departamento de Endemias, Ambiente e Sociedade da ENSP/FIOCRUZ.
- 3 Este trabalho é parte integrante da dissertação de mestrado defendida na Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz em 2002, intitulada *Apoio social e a concepção do sujeito na sua Integração entre corpo-mente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública*, e que se encontra inserida na linha de pesquisa “Educação, Saúde e Cidadania”, coordenada pelo professor Victor Valla.

A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar

LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECILIO¹

EMERSON ELIAS MERHY²

1. Uma definição inicial de integralidade

A primeira tarefa, quando pensamos o tema da integralidade da atenção no hospital, é tentar construir uma definição de integralidade que sirva de guia para nossas reflexões. Partindo do senso comum e correndo o risco de uma tautologia, poderíamos dizer que a atenção integral de um paciente no hospital seria o esforço de uma abordagem completa, holística, portanto integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por um certo período de sua vida, precisasse de cuidados hospitalares.

Tal abordagem implicaria garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resultasse em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada. O cuidado integral em saúde ocorreria a partir de uma combinação generosa e flexível de tecnologias duras, leve-duras e leves (Merhy, 2002)³. Tecnologia e humanização combinadas, no desafio de adotar o lugar do paciente e suas necessidades singulares como ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar.

Achamos que tal tipo de definição, em princípio, é bastante razoável como ponto de partida para a construção do texto, mas não é suficiente. Outras questões precisam ser agregadas a ela, na perspectiva de se tratar a integralidade da atenção como tema da gestão hospitalar. A integralidade da atenção hospitalar pode ser problematizada a partir de dois ângulos: a integralidade da atenção olhada *no* hospital e *a partir do* hospital (a integralidade tendo como referência o atendimento no ambiente hospitalar *em si*) e a integralidade tendo como referência a inserção do hospital no sistema de saúde. Exploramos, a seguir, estes dois ângulos.

2. A integralidade do cuidado no hospital: o cuidado como síntese de múltiplos cuidados

O cuidado, nas organizações de saúde em geral, mas no hospital em particular, é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar, isto é, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Mecanismos instituídos de dominação e de relações muito assimétricas de poder entre as várias corporações profissionais ocultam a imprescindível colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores, como operadores de tecnologias de saúde, para que o cuidado aconteça. O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõe o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital.

O cuidado hospitalar ocorre no contexto de uma crescente racionalização das práticas hospitalares (Carapinheiro, 1998), caracterizada, entre outras coisas, pela decomposição do ato médico global em inúmeros outros atos diagnósticos e terapêuticos, realizados por vários trabalhadores diferentes. Para ilustrar este fato, basta imaginarmos os cuidados de um paciente com diabetes internado com um quadro de descompensação. Além dos cuidados iniciais do plantonista, que o recebe e interna a partir do pronto-socorro, ele receberá também cuidados da enfermagem, poderá ser visto, em algum momento, pelo cirurgião vascular, pelo cardiologista, pelo endocrinologista, pela nutricionista, pela assistente social e pela psicóloga. Além do mais, terá seu corpo escrutinado por uma bateria de exames, alguns deles bastante complexos, realizados em serviços diferentes e por profissionais distintos.

Uma das sobrecargas – talvez a maior – do processo gerencial do hospital contemporâneo é conseguir coordenar adequadamente esse conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos cuidadores individuais, que resulte em uma dada coordenação do cuidado (Merhy e Cecilio, 2002). Essa dinâmica, cada vez mais presente na vida dos hospitais, é um aspecto central a ser considerado na discussão da integralidade e na sua correlação com o processo de gestão. Uma coisa é pensar o trabalho em

equipe “como somatório de ações específicas de cada profissional, como linha de montagem do tratamento da doença, tendo a cura como ideal (...) a hierarquia e a rigidez de papéis codificados” (Nicácio *apud* Silveira, 2003); a outra é pensar arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultem em uma atuação mais solidária e concertada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado. Nesta medida, parece-nos que o tema da integralidade do cuidado no hospital, como nos demais serviços de saúde, passa necessariamente pelo aperfeiçoamento da coordenação do trabalho de equipe como um tema para a gestão hospitalar.

3. O hospital no “sistema de saúde”: o outro ângulo da integralidade

“Sistema de saúde” (entre aspas) já sinaliza a discussão que pretendemos fazer. A noção de sistema traz implícita a idéia de funcionamento harmônico entre partes, cada qual com sua função, que contribua para o bom funcionamento do todo. O conceito “sistema de saúde” denota uma concepção idealizada, de caráter normativo da saúde, que não se sustenta na prática. Qualquer observador atento do Sistema Único de Saúde (SUS), seja ele um investigador engajado em uma pesquisa, seja um dirigente ou gerente, sabe que o denominado “sistema de saúde” é, na verdade, um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por múltiplos circuitos e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre racionais, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser subsumidos a uma única racionalidade institucional ordenadora. Mais do que um “sistema”, deveríamos pensar em uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos, que deles necessitam.

Uma das conseqüências dessa forma de funcionamento é a imensa dificuldade de se conseguir a integralidade do cuidado, quando nosso ponto de observação é o usuário e não esse ou aquele serviço de saúde. A integralidade do cuidado de que cada pessoa real necessita frequentemente transversaliza todo o “sistema”. Não há integralidade radical sem a possibilidade de transversalidade. A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. Pode haver algum grau de integralidade focalizada quando uma equipe, em um serviço de saúde, através de uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender, da melhor forma possível, as

necessidades de saúde trazidas por cada um (Cecilio, 2001). Porém, a linha de cuidado pensada de forma plena atravessa inúmeros serviços de saúde. O hospital pode ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado pensada de forma ampliada, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita. Como desdobramento de tal premissa, resta-nos a tarefa de pensar quais dispositivos podem ser pensados, no hospital, que o conectem, de forma mais adequada, à rede de serviços de saúde. Como pensar a integralidade, “olhando” dessa estação que é o hospital.

A forma mais tradicional de se pensar o hospital no “sistema de saúde” é como referência em determinadas situações de maior complexidade ou gravidade. Por tal concepção, o hospital contribuiria para a integralidade do cuidado, fazendo uma adequada contra-referência após realizar o atendimento. Com certeza, seria já um grande ganho a implementação efetiva desses circuitos base-topo e topo-base, que, na prática, sabemos bem, nem sempre são muito bem-sucedidos (porém, entender melhor por que os sistemas de referência-contrareferência pouco funcionam com a racionalidade pretendida continua sendo um bom tema de investigação). Mesmo se funcionassem bem, novas possibilidades de se pensar a contribuição do hospital deveriam ser imaginadas. Sabemos, por exemplo, que, por mais que se amplie e se aprimore a rede básica de serviços, as urgências/emergências hospitalares continuam sendo importantes portas de entrada da população no seu desejo de acessar o SUS.

Sem querer apontar as explicações para tal fato, o que queremos reter, aqui, é que não temos sabido trabalhar de forma mais cuidadosa esta demanda espontânea que tanto aflige os trabalhadores e os gerentes nos seus cotidianos. Atender, dia após dia, a essa demanda interminável, torna-se tarefa desgastante e de resultados sempre duvidosos, se o critério é uma avaliação dos impactos sobre a saúde da população. No entanto, as urgências/emergências seguem funcionando de forma tradicional, na base da queixa-conduta, resultando em uma clínica reducionista e ineficaz, que, em princípio, aponta para tudo, menos para a integralidade.

Por que as pessoas continuam buscando atendimento nos serviços de urgência? Uma forma de explicar este fenômeno tão observado é reconhecê-lo como uma estratégia intuitiva e selvagem das pessoas na busca da integralidade! Um aparente paradoxo, mas também um sintoma que os serviços deveriam examinar sem nenhum preconceito ou *a priori* e, mais do que isso, buscar inventar novos dispositivos e novas formas de escuta para tais ruídos. Um bom ponto de partida parece ser a organização de

equipes de acolhimento nos serviços de urgência capacitadas para o reconhecimento e encaminhamento de pacientes que necessitam de cuidados mais regulares e apropriados em outros serviços da rede. Neste caso, o hospital é quem faria a referência para outros serviços, colocando em questionamento a idéia do senso comum de que a alta complexidade está no topo, lá onde fica o hospital. Para o hipertenso ou o portador de qualquer doença crônica, seja adulto ou criança, o topo, em determinado momento da vida, é acessar a rede básica, ser bem acolhido e estar vinculado a uma equipe (Cecilio, 1997).

Se pensamos o hospital como uma estação pela qual circulam os mais variados tipos de pessoas, portadoras das mais diferentes necessidades, em diferentes momentos de suas vidas singulares, podemos imaginar ainda outras formas de trabalhar a integralidade. Por exemplo, o momento de alta de cada paciente deve ser pensado como um momento privilegiado para se produzir a continuidade do tratamento em outros serviços, não apenas de forma burocrática, cumprindo um papel de contra-referência, mas pela construção ativa da linha de cuidado necessária àquele paciente específico. O período da internação pode, inclusive, ser aproveitado para apoiar o paciente na direção de conquistar maior autonomia e na reconstrução de seu modo de andar a vida. Retornaremos a esses pontos ao apresentarmos, com base em algumas experiências que temos acompanhado, modos de se fazer a gestão hospitalar a partir do eixo do cuidado.

4. A integralidade da atenção como balizadora da gestão hospitalar: as linhas de produção do cuidado como estratégia gerencial

Por todas as questões apontadas acima, procuramos pensar, nos últimos dois anos, modos de fazer a gestão cuja referência fosse a produção do cuidado da forma mais integral possível. E que nos servissem, ao mesmo tempo, como referencial para a intervenção na gestão da micropolítica do trabalho em saúde, nesses estabelecimentos, fazendo a modelagem da gestão como um todo a partir do cuidado ao paciente. Desde o início da década de 1990, como a que vivenciamos na Santa Casa do Pará (Cecilio, 1994), já vínhamos experimentando novas formas de governar o hospital, a partir de dois movimentos principais: redução dos níveis decisórios (“achatamento dos organogramas”) e condução colegiada das decisões, tanto na alta direção, como nas equipes prestadoras de serviço. Descentralização e democratização das decisões: os dois eixos capazes de reinventar um hospital de tradição centralizadora e com fortes esquemas instituídos de dominação e controle.

A aposta de fundo desse tipo de opção era que seria possível, a partir de uma condução mais participativa do hospital, obter maior grau de adesão dos trabalhadores para o projeto de construção de hospitais públicos de boa qualidade. Claro que outros arranjos e dispositivos foram implementados, na perspectiva da qualificação da assistência. No entanto, queremos destacar que esses modos de fazer a gestão, por suas premissas de democratização do modo de governar, careciam de uma concepção política do mundo caracterizada, entre outras coisas, pela defesa radical de uma sociedade mais igualitária e participativa, mais solidária e inclusiva, que, entre outras coisas, conseguisse viabilizar um sistema público de saúde universal, qualificado e sob controle social.

Trabalhávamos um projeto para os hospitais que, no fundo, para além da racionalização gerencial, era desdobramento de um projeto para a sociedade brasileira. Gestão democrática, adesão dos trabalhadores, construção de hospitais públicos de boa qualidade, implantação do SUS, transformação da sociedade: a cadeia de apostas (quase seqüencial) que os novos modelos de gestão faziam implicitamente.

Com tudo o que conseguimos experimentar e inovar, percebemos, no correr dos anos, que nosso desejo de democratizar a vida do hospital, apesar de nos parecer tão justo e necessário, encontrava dificuldades na sua implementação, e só ocorria parcialmente. Como se o hospital funcionasse com lógicas instituídas que teimavam em escapar dos novos arranjos mais coletivos que íamos experimentando. Como se os espaços de transparência e explicitação de compromissos públicos (com a qualidade do cuidado) que íamos experimentando não conseguissem ser totalmente continentes para o mundo real do hospital, com suas características singulares de funcionamento. Sem desconhecer que tais arranjos que propiciaram uma reflexão mais coletiva e solidária continuam sendo importantes estratégias de gestão (tanto é que continuamos adotando, sempre que possível, modos colegiados de fazê-la), começamos a nos interrogar que outras lógicas do hospital, que nos fugiam, precisavam ser mais bem compreendidas e trabalhadas na e pela gestão.

Foi a partir desse tipo de indagação que nos voltamos de maneira mais precisa para o tema da produção do cuidado. Não que ele não estivesse presente nas formulações anteriores, mas tratava-se, agora, de radicalizá-lo como o eixo do processo gerencial hospitalar. E, além disso, tínhamos mais elementos conceituais para abordar a produção do cuidado com a discussão da micropolítica do trabalho vivo em saúde (Merhy, 2002) e temática da sua coordenação nos hospitais (Merhy e Cecilio, 2002).

Pensar a gestão de um hospital é, antes de mais nada, tentar estabelecer, da forma mais clara possível, quais os mecanismos de coordenação adotados para tocar o seu cotidiano. Convivem nos hospitais múltiplas formas de coordenação, apoiadas em lógicas bem diferentes. Há um modo de coordenar que se apóia, claramente, na lógica das profissões. O pessoal de enfermagem conversa entre si para estabelecer as escalas de trabalho, as rotinas, as trocas de plantão, como cobrir as faltas de colegas etc. Seria uma conversa entre enfermeiros, para organizar o mundo do trabalho da enfermagem. A referência para esse grupo profissional é a chefia ou diretora de enfermagem do hospital. Os médicos conversam entre si para cobrir escalas, para solicitar pareceres técnicos de outros colegas, em particular para buscar apoio nas horas em que os problemas dos pacientes são mais desafiadores e exigem outra opinião. A mesma forma de coordenação pode ser identificada entre assistentes sociais, psicólogos, dentistas, fisioterapeutas e outros profissionais de nível universitário que atuam diretamente na assistência aos pacientes.

Há um outro modo de se fazer a coordenação, que segue a lógica de unidades de produção, ou seja, é uma coordenação voltada para produtos ou serviços, envolvendo, necessariamente, múltiplos tipos de trabalhadores ou uma equipe, como ocorre nas chamadas áreas-meio – a saber, aquelas produtoras dos insumos que serão usados no cuidado ao paciente.

Exemplos dessa coordenação por unidades de produção: a coordenação do laboratório, da nutrição e dietética, da radiologia, do almoxarifado etc. O fornecimento do serviço ou produto que caracteriza tais unidades (sua missão) é garantido pela coordenação de distintos processos de trabalho de vários tipos de profissionais, que é bem diferente da lógica de coordenação por profissões. Só que, nos últimos casos, quando vemos como se faz a coordenação das unidades tipicamente assistenciais, não é possível identificar uma coordenação ou gerência única.

Quando observamos a coordenação das unidades produtoras de cuidado, não há, normalmente, essa coordenação unificada (“um chefe único”), na medida em que esta se faz, de forma mais visível, pela lógica das profissões: chefia médica do CTI e chefia de enfermagem do CTI; chefia médica da maternidade e chefia de enfermagem da maternidade, e assim por diante. Desta maneira, se é possível nomear e reconhecer, de fato, um chefe (de toda a equipe) do laboratório, um chefe (de toda a equipe) do almoxarifado, o mesmo não ocorre nas unidades assistenciais: cada

profissão zela para preservar seus espaços de poder e autonomia, segue uma lógica própria de trabalho e de práticas profissionais e, portanto, de coordenação dos seus cotidianos.

Seria possível dizer que o chefe (médico) do CTI coordena, de fato toda a equipe? Que ele tem poder para interferir na lógica de coordenação do trabalho da enfermagem? Sabemos que não. Então, como se explica que, afinal, se consegue realizar o cuidado ao paciente de forma integral, com começo, meio e fim, do momento da internação até a hora da alta (ou da entrada no PS ou até a saída com uma receita...) caracterizando uma terceira (e crucial) lógica de coordenação: aquela baseada no cuidado?

O delicado processo de coordenação do cuidado se faz através de dois mecanismos principais. O primeiro é a criação de pontes ou pontos de contato entre as lógicas da profissão: médicos e enfermeiros e os outros profissionais têm que conversar para que o cuidado se realize. Uma coordenação em ato, o encontro de duas práticas, de dois saberes, em geral caracterizada por uma situação tipo comando-execução, principalmente na relação entre médico e enfermeiros/corpo de enfermagem.

A prática da enfermagem (e dos outros profissionais) é, em boa medida, comandada, modelada, conduzida, orientada pelo ato médico (central) que detém o monopólio do diagnóstico e da terapêutica principal. Tal fato estabelece uma relação de determinação da prática médica em relação às outras práticas profissionais, mesmo sem desconsiderar que os profissionais não-médicos, todos eles, conservam a especificidade e um bom grau de autonomia próprios de suas profissões.

Pode-se afirmar que esses pontos de contato, esses canais, nem sempre são livres, bem definidos e vistos ou aceitos como regras do jogo institucional e, por isso mesmo, são fonte permanentes de ruídos, de tensões e de disputas. A questão que nos interessa é: seria possível pensar uma forma de coordenação mais horizontal, mais desobstruída, mais regular, mais institucionalizada entre os vários profissionais, centrada no cuidado?

A segunda estratégia para o sucesso da coordenação na lógica do cuidado é o papel quase silencioso da prática da enfermagem, no cotidiano, de garantir todos os insumos necessários ao cuidado: a enfermagem articula e encaminha todos os procedimentos necessários à realização de exames complementares, supervisiona as condições de hotelaria, dialoga com a família, conduz a circulação do paciente entre as áreas, é responsável por uma gama muito grande de atividades que resultam, afinal, no cuidado.

A proposta de se fazer a gestão a partir da integralidade do cuidado tenta dar conta dessas complexas questões. Tem a pretensão de criar mecanismos que facilitem a coordenação das práticas cotidianas do hospital de forma mais articulada, leve, com canais de comunicação mais definidos, mais solidária, mais democrática, menos ruidosa – em particular, a coordenação da prática dos vários profissionais envolvidos no cuidado.

Como fazer isso? A primeira coisa foi compreender que a custosa coordenação do hospital se faz seguindo várias lógicas, de forma que a lógica de funcionamento de cada unidade de produção/cuidado (que esperávamos poder compreender ou capturar nos colegiados de cada unidade) é apenas uma delas. A lógica de coordenação das corporações é muito poderosa na vida da organização hospitalar e, por sua natureza – lugar de construção de identidades profissionais, de defesa de espaços de autogoverno, de relações de dominação – escapa das dimensões mais coletivas da coordenação e segue reproduzindo-se. A própria lógica em si, da produção do cuidado, e sua micropolítica, transbordam o processo de coordenação e as atribuições de uma equipe assistencial, na medida em que só pode ser realizada de forma transversalizada, isto é, percorrendo várias unidades de cuidado do hospital. Mais do que isso, podemos dizer que, na perspectiva da integralidade, a transversalidade do cuidado se realiza numa rede mais ampla de serviços, em que o hospital é apenas uma estação, como afirmamos antes.

Tratava-se, pois, de partir das experiências de gestão participativa que vínhamos experimentando desde o início dos anos 90, para pensarmos novos arranjos e dispositivos capazes de interrogar, absorver e transformar, sem negá-los, alguns instituídos que identificávamos ter muita força no imaginário da organização. Atuar sobre a lógica da coordenação das corporações, como percebemos, é um dos melhores desafios para isso.

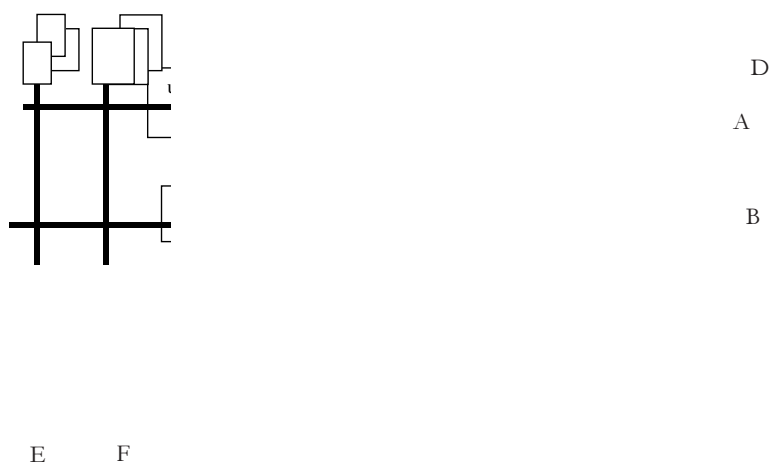
Como respeitar a coordenação da enfermagem como corporação profissional, com seus valores, suas representações, sua lógica de funcionamento, que lhe garante identidade, mas integrando-a, ao mesmo tempo, a uma lógica de coordenação mais horizontal e interdisciplinar do cuidado? Como respeitar a autonomia inerente à prática médica, incorporando-a, no entanto, à lógica do cuidado pensada de forma mais integral? Como construir a gestão de forma que a responsabilização pelo cuidado se desse em uma linha de produção do cuidado, contínua e que se transversaliza, atravessando, sem descontinuidade, vários lugares do hospital ou mesmo outros serviços de saúde? Como subsumir toda a lógica

da produção dos insumos hospitalares à lógica da produção do cuidado? Como recriar os espaços colegiados de forma a torná-los mais continentais a essas várias lógicas? Estas foram algumas das questões centrais que orientaram os novos desenhos organizacionais que vimos experimentando, ultimamente.

Entendemos que as linhas de produção do cuidado são centradas em processos de trabalho marcados de modo muito claro pela micropolítica do trabalho vivo em ato, enquanto as linhas de produção de insumos, como regra, obedecem a outros arranjos de micropolítica, nos quais a dimensão do trabalho morto é muito mais presente (Merhy, 2002; Merhy e Cecilio, 2002).

Na sequência, apresentamos o modelo básico de remodelagens que temos trabalhado em três hospitais: Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas de Porto Alegre/RS; Hospital São João Batista, em Volta Redonda/RJ; e o Centro Infantil Dr. Boldrini, em Campinas/SP. São hospitais com histórias diferentes de intervenção, mas que compartilham, neste momento, desenhos de gestão construídos sobre o princípio da integralidade e da qualidade do cuidado, nas direções que apontamos até agora. A idéia geral do modo de fazer a gestão que consiga combinar, de forma mais abrangente, as várias lógicas de coordenação do hospital, tornando-as mais explícitas para o coletivo gestor como suas matérias-primas de intervenção gerencial, tem a seguinte representação gráfica, em geral:

Fluxograma de modelo de gestão centrado na coordenação do cuidado



A: Linha de cuidado *a* (atravessa as unidades de cuidado 1, 2, 3 e 4).

B: Linha de cuidado *b* (atravessa as unidades de cuidado 1, 5, 6 e 7).

C: Linha de cuidado *c* (atravessa as unidades de cuidado 1, 8, 9 e 10).

D: Linha de ensino e pesquisa (atravessa/transversaliza todas as unidades de cuidado).

E: Linha de apoio administrativo (suprimento, finanças, RH, serviços gerais etc.).

F: Linha de apoio técnico (laboratório, imagem, banco de sangue, nutrição etc.).

Esta é a representação do esquema geral adotado nos três hospitais citados, com variações em função de suas especificidades. A primeira diferenciação diz respeito ao número e composição das linhas do cuidado. No Centro Infantil Boldrini, hospital (filantrópico) pediátrico especializado de nível terciário/quaternário, as linhas de cuidado são duas: cuidados com crianças portadoras de câncer e cuidados com as crianças portadoras de patologias hematológicas. No Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, de Porto Alegre, as linhas de cuidado são quatro: linha maternidade segura, linha de cuidado de crianças e adolescentes, linha de cuidado da mulher e linha de cuidado da saúde mental da mulher. Em Volta Redonda, o Hospital Municipal São João Batista está trabalhando com duas linhas de cuidado: a linha de pacientes adultos clínico-cirúrgicos e uma linha de cuidado materno-infantil.

As linhas de cuidado são coordenadas, sempre, por uma dupla formada por um profissional médico e por um profissional enfermeiro, pelo menos, pois há situações em que equipes multiprofissionais fazem parte desta composição, como no caso do Centro Infantil Boldrini. Busca-se com esse arranjo incorporar a lógica das corporações mais importantes, porém subsumida, ou pelo menos interrogada de modo claro, pela lógica horizontalizada do cuidado. Cada unidade de produção de cuidado, que pode ser atravessada por mais de uma linha de produção de cuidado, tem uma coordenação unificada, isto é, um coordenador responsável por todo o trabalho da equipe. O coordenador de unidade pode ser enfermeiro, médico ou qualquer outro profissional de nível universitário.

Os coordenadores de linha têm como atribuições principais:

1. facilitar e estimular uma boa articulação funcional entre as várias unidades de cuidado atravessadas pela linha, buscando a maior integralidade possível da sua produção. Um bom exemplo da importância dessa atribuição é pensar quanto uma assistência qualificada ao parto depende de uma boa articulação entre os profissionais que fazer a recepção da paciente, a garantia de vaga na maternidade, o acesso à sala de parto, os cuidados com a puérpera e com o neonato, a eventual necessidade de leito em unidade de terapia intensiva para a mãe e para o filho, o uso do banco de leite. Uma linha contínua e articulada de cuidados que se realiza em unidades de cuidado diferentes;
2. apoiar os coordenadores das unidades de cuidado no exercício de suas atribuições;
3. fazer interlocução direta com médicos e enfermeiros, em todos os aspectos de sua vida funcional e profissional, tendo sempre a perspectiva do cuidado. A lógica de coordenação das corporações respeitada mas inserida na perspectiva horizontal do cuidado.

Algumas modificações importantes têm sido realizadas nos organogramas hospitalares, em função da adoção de coordenação por linhas de cuidados. Uma delas é a criação de uma diretoria colegiada do hospital, composta pelos coordenadores de linha de produção do cuidado, pelos coordenadores das linhas de produção de insumos e pela coordenação da linha de ensino e pesquisa. Com tal composição, pretende-se criar um espaço matricial de direção superior do hospital centrado na lógica da produção do cuidado, mas contemplando sua necessária articulação com as lógicas de coordenação das profissões e de produção de insumos. Ao mesmo tempo, criam-se colegiados técnicos em cada linha de produção de cuidado, dos quais participam os coordenadores daquela linha, os coordenadores ou gerentes das unidades assistenciais atravessadas pela linha e convidados para discutir temas ligados ao cuidado.

Por exemplo, das reuniões do colegiado técnico da linha de cuidado da atenção à maternidade participam os coordenadores da linha (um profissional médico e um profissional enfermeiro), os gerentes do ambulatório (onde se faz o pré-natal), o gerente do bloco obstétrico, a gerente do alojamento conjunto, o gerente do CTI neonatal e o gerente do CTI de adultos, mas poderão ser convidados o gerente do laboratório ou do banco de sangue ou da nutrição e dietética para discutir e deliberar sobre

todas as questões específicas afetas ao cuidado (rotinas, fluxos, protocolos de atendimento etc.). Como os dois coordenadores de linha presentes à reunião fazem parte da direção superior do hospital (diretoria colegiada), cria-se um arranjo institucional que facilita a conexão, digamos assim, de processos decisórios (referentes à micropolítica do hospital) autônomos, descentralizados e agilizados com a direcionalidade mais geral pretendida pelo hospital.

Trabalhando com a concepção do hospital como uma estação de uma intrincada rede de cuidados, os coordenadores das linhas de produção do cuidado terão, como uma das suas atribuições, que ajudar na criação e estabilização de linhas que rompem os limites do hospital e se transversalizam por outros serviços, visando à integralidade do cuidado. Basta pensar como uma linha de cuidados cirúrgicos, por exemplo, lida com pessoas que “vêm de algum lugar” e depois “deverão ir para outro lugar”, para imaginar a constituição da integralidade do cuidado. Queremos dizer, com isto, que todo o processo de acesso à agenda do bloco cirúrgico, o pré-operatório, o ato cirúrgico e o acompanhamento pós-operatório compõem um *continuum* de equipes, profissionais e responsáveis que estão dentro, mas também fora do espaço físico restrito do hospital. Os coordenadores de linha de cuidado deverão ter a preocupação de buscar melhor articulação entre as várias estações cuidadoras. Isto vale para todas as linhas.

A assistência ao parto, por exemplo, só pode ser pensada na sua integralidade quando o hospital consegue se articular adequadamente com a rede básica de serviços, na qual a produção do cuidado se inicia (pré-natal), mas continua após o parto (cuidados com a puérpera e com o recém-nascido, anticoncepção etc.) e assim por diante. A integralidade do cuidado é tarefa de rede. A gestão do hospital centrada no cuidado deverá aprender a trabalhar, de forma radical, o hospital como apenas uma das estações da rede de cuidado.

Nesta medida, reiteramos que o papel do hospital no “sistema de saúde” não pode se restringir a fazer contra-referência de pacientes encaminhados. Dos coordenadores das linhas de produção de cuidado, espera-se uma postura mais ativa na construção dos fluxos institucionais, estabilizados e regulares de pacientes entre as estações produtoras de cuidados. Para isso são necessários processos de negociação com outros atores extra-hospitalares, em particular com as Secretarias Municipais de Saúde ou outros gestores, com as coordenações de distritos (ou regiões) de saúde (onde existirem) e com as unidades básicas.

Este fato agrega novas tarefas para os coordenadores de linhas de produção do cuidado que, com toda a certeza, não são simples e desprovidas de dificuldades. Mas possíveis e necessárias, com certeza. O desenho de fóruns gestores mais unificados, para a gestão integral das linhas de cuidado, precisa ser experimentado.

Referências Bibliográficas

- CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Editora Afrontamento, 1998.
- CECILIO, L. C. O. *Inventando mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.
- CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2001.
- MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O. O singular processo de coordenação dos hospitais. *Saúde em Debate*. Campinas, 2002 (no prelo).
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- SILVEIRA, L. T. *Construindo indicadores e escutando "ruídos": uma estratégia combinada de avaliação de uma política de saúde, por um autor/ator implicado*. O Qualis/Zerbini/SP (uma modelagem do PSF). Tese (Doutorado em Medicina Preventiva e Social) – Faculdade de Ciências Médicas Unicamp. Campinas, 2003.

Notas

- 1 Médico sanitарista e doutor em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, e do Programa Integrado de Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Vida, PUC/Campinas. Pesquisador colaborador do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde / grupo de pesquisadores do CNPq – Racionalidades Médicas.
- 2 Médico sanitарista e livre-docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas.
- 3 Tecnologias duras: aquelas ligadas a equipamentos, procedimentos; tecnologias leves: aquelas decorrentes do uso de saberes bem estruturados, como a Clínica e a Epidemiologia; tecnologias leves: aquelas relacionais, no espaço intersubjetivo do profissional de saúde e paciente.

Residência Integrada em Saúde: uma Resposta da Formação e Desenvolvimento Profissional para a Montagem do Projeto de Integralidade da Atenção à Saúde

RICARDO BURG CECCIM¹
ALCINDO ANTÔNIO FERLA²

No Brasil, de todas as políticas sociais, apenas as ações e serviços de saúde foram considerados pela Constituição Federal como de *relevância pública*, o que obriga o Estado à adoção de uma organização setorial com toda a amplitude política que possa dar contorno e determinação a esse setor³. O “ordenamento da formação de recursos humanos na área de saúde” foi previsto de forma explícita no inciso III, do artigo 200, da Constituição Federal, como uma competência do Sistema Único de Saúde.

Para que esse *ordenamento da formação* se faça, são requeridas, entretanto, políticas de regulação, de apoio e de fomento à educação no âmbito do ensino; da pesquisa; da extensão educativa, inclusive da prestação de serviços de saúde em ambiente educativo; da documentação; da cooperação técnica interinstitucional e da ação educativa em ambientes de gestão e prestação de serviços de saúde.

O projeto da Reforma Sanitária Brasileira, entabulado pela Constituição Federal, colocou em cena a preocupação com a construção de um sistema de saúde único, de acesso universal, sob gestão descentralizada, orientado pelo atendimento integral e mediante controle social. Desse projeto surgem importantes preocupações com a educação dos profissionais e com a integração dos sistemas de ensino e de saúde. O atendimento integral, ainda que referido à estrutura organizacional no tocante à hierarquização e regionalização da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do Sistema de Saúde, requer o desenvolvimento do aprendizado e da prática multiprofissional, a diversificação dos cenários de aprendizado e de prática e a incorporação da escuta ao andar da vida, tanto na explicação do processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida, como na orientação terapêutica ou de proteção das condições produtoras da própria vida. Os problemas de saúde não são jamais senão componentes de uma história

de vida e de uma história de relações, são elos e produzem efeitos na rede complexa de produção da vida. Quaisquer sinais, sintoma ou doença, em si ou em agentes de nossas relações, são produzidos e produzem *vivências* em nós, não podendo, estas vivências, ser descartadas nas ações do cuidado e tratamento, seja porque requerem elas mesmas uma intervenção terapêutica, seja porque seu reconhecimento redesenha o projeto terapêutico de cada caso ou situação sob atenção.

A Reforma Sanitária, desde sua constituição jurídico-institucional, vem propondo profundas alterações na formulação e implementação das políticas de saúde; entretanto o mesmo não tem sido observado quanto às políticas educacionais de interesse para o setor. Apesar de não restar dúvida de que um profundo processo de reformas não pode se fazer sem profundas alterações no perfil ético, técnico e institucional do pessoal que irá atuar e preencher os cargos de comando no setor reformado, nenhuma reforma se fará sem alterar a qualidade das relações de cuidado à saúde, sob pena de aperfeiçoar-se a organização técnica do Sistema e não se gerar nos usuários das ações e serviços ou na população a *sensação* do cuidado. Se não são órgãos fisiológicos ou aparelhos orgânicos que sofrem, mas pessoas, histórias de vida e projetos em experimentação do mundo, então não basta a oferta de uma rede técnica de prestação de serviços, mas uma cadeia do cuidado progressivo à saúde (Cecílio, 1999). O que se observou, no Brasil, foi o investimento recente em processos de formação posteriores à graduação ou à inserção nos postos de trabalho do Sistema de Saúde, não se instituindo um processo de mudança na formação que trouxessem a humanização, o acolhimento, a responsabilização para com o usuário das ações e serviços de saúde e o desenvolvimento de projetos de produção da autonomia no cuidado e na produção da vida como objetos de aprendizagem e montagem dos perfis de trabalho individual e coletivo. O próprio sistema de saúde não institucionalizou qualquer forma de interação permanente com as instituições de ensino com reflexo na formação profissional.

O recente Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares na Graduação em Medicina (Promed), proposto pelo Ministério da Saúde, em 2001-2002, recolocou a escolha uniprofissional para propor a mudança, quando a experiência acumulada no país sobre projetos de mudança tem sido enfática em afirmar a multiprofissionalidade e o caráter interdisciplinar do trabalho em saúde, propondo-se a noção de clínica ampliada (Campos, 2000) para dar guarida às histórias e projetos de vida que se expressam nos serviços de saúde. Desde 1991, os projetos do Programa UNI

(Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade) e do Lapa (Laboratório de Aplicação, Planejamento e Administração em Saúde da Universidade Estadual de Campinas) e o Programa Saúde da Família, do próprio Ministério da Saúde, vêm determinando como denominador comum das iniciativas de mudança a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe multiprofissional.

Tratando-se o coletivo de trabalhadores da saúde, de um coletivo de pessoas, portanto em processo de produção de si e do mundo, os mesmos não podem ser tomados apenas sob o constructo de *recursos humanos em saúde*, da mesma forma com que se tomam os recursos materiais e recursos financeiros para organizar o trabalho e as respostas assistenciais do setor. Embora a formação e o desenvolvimento venham sendo entendidos como subordinados à técnica, à ciência régia (aos paradigmas científicos) ou à capacitação operacional, sua condição de componente da educação – educação formal e educação permanente – obriga-nos a refletir sobre a produção de competências, mas também sobre a produção de subjetividade dos trabalhadores.

Os trabalhadores de saúde são indivíduos em processo de subjetivação, tanto pelo próprio trabalho – como um território de experimentação de si, de relações profissionais e de contato com a alteridade despertada pelos usuários das ações e serviços profissionais –, quanto pela educação pelo trabalho – cenário de desafios ao pensamento e à reinvenção de si, dos saberes e das práticas.

Sabemos que para ser profissional de saúde é preciso estar legitimado por um processo de habilitação formalizado em regras educacionais (formação) com capacidade de reprodução social e que cada projeto formalizado de habilitação configura um rol de saberes e de práticas com caráter técnico e com um perfil de atuação socioinstitucional. Pode-se dizer que a formação habilita trabalhadores (operadores) para determinado ofício em diferentes níveis de operação do trabalho (generalistas, especialistas ou pesquisadores), mas ela não assegura a qualificação permanente para o enfrentamento da inovação tecnológica, superação de paradigmas ou perspectivas, novas descobertas, a multidimensionalidade das necessidades individuais e coletivas de saúde ou a abertura para novos perfis de atuação socioinstitucional. Assim é que os programas de desenvolvimento profissional são determinantes tanto da manutenção, como da melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde. Deve-se, contudo, perceber que a preservação do caráter identitário das profissões instaura um preconceito moral, atestado pela disputa por um padrão estável e de renovação pela

reposição socioinstitucional sempre idêntica, como um ideal “do bem”, afastando-se a produção de efetivas inovações e de uma nova subjetivação, refutando-se a produção de novidade ética, técnica e institucional.

Ao falar de *subjetivação* estamos afirmando, como em Foucault, Deleuze ou Guattari, não o sujeito, mas a produção de subjetividade. Em lugar de uma política da identidade (reafirmação do sujeito), a busca pelo inventivo de si e pelo inventivo do mundo. Ao anunciar que não há sujeito, Foucault nos informa que o que há é “uma produção de subjetividade” e que “a subjetividade deve ser produzida, quando chega o momento, justamente porque não há sujeito” (Deleuze, 1992, p. 132).

Foucault (1992, p. 27-36) diz que o saber “mesmo na ordem histórica, não significa reencontrar e, sobretudo, não significa reencontrar-nos” e que a obstinação em dissipar nossa identidade libera a paixão do conhecimento (esta não corre o risco de prevenir a criação em nome da fidelidade às identidades). É aqui que detectamos a experimentação como elemento integrante e necessário à produção de subjetividade e de competências. “Pensar é sempre experimentar”, afirma Deleuze (1992, p. 132), “não interpretar, mas experimentar, e a experimentação é sempre o atual, o nascimento, o novo, o que está em vias de se fazer”. A coragem está em pensar com o fora do pensamento, em pensar o impensável (Foucault, 1990, p. 17-23). Quando Foucault fala em experimentação, fala da colocação do pensamento em contato com o exterior, em relação com o fora (*pensée du dehors*) e o exterior como instância soberana do saber. Pensar com o fora do pensamento é permitir-se pensar fora das amarras morais, fora do pensamento racional-explicativo, deixar-se saber pelo contato, pelas sensações de descoberta e aprendizagem. Esse pensamento, capaz de revisitar o *logos* da ciência e da técnica em saúde em que nos formamos é da ordem de um supremo rigor, que não recusa a coerência lógica, mas topa e acolhe a reinvenção, a ressingularização das práticas (Guattari, 1993).

Um plano de experimentação é um plano de composição entre o conhecido de si e o desconhecido de si, é quando a percepção se liberta da relação sujeito-objeto e há uma passagem de um a outro e uma inseparabilidade *in acto* de ser o que *já se é* e o que *ainda não se é*, é um estado de *entre* ou *no meio*. É um plano onde a interpretação é substituída pela contaminação, fazendo – da zona de vizinhança entre dois corpos – um corpo de co-presença (baseado em Deleuze e Guattari, 1997, p. 63-81).

Ao supor que a atenção integral à saúde se faz por um *modelo* de saberes e de práticas, pela configuração de um *logos* da assistência, estariam-se as aprendizagens, as descobertas e as inovações. Qualquer modelo se define

pelo esforço da permanência ou imposição de vigência, donde sua resistência à mudança. Quando se fala em educação dos profissionais de saúde, há necessidade de ousar uma resistência aos modelos identitários e a abertura à criação.

1. Organizações de saúde e educação de seus profissionais

A organização dos serviços de saúde alicerça-se numa concepção piramidal hierárquica que coloca o hospital no topo (*top*) e propõe uma base como porta de entrada e lugar do acolhimento e vínculo com os usuários do Sistema de Saúde. Essa concepção orienta a formação dos profissionais de saúde com a crença de que a saúde e a doença podem ser hierarquizadas por uma história natural observada no horizonte clínico da normalidade e não pela história de vida do usuário das ações e serviços de saúde; que a gravidade dos quadros de saúde e doença é definida por uma fisiopatologia universal e não pela expressão dos processos vividos e que se pode diagnosticar e realizar a destinação dos casos clínicos de forma hierarquizada em sistemas de referência e contra-referência. Ora, neste caso, o *top* é trabalhar nos hospitais, que também são os lugares onde a necessidade de acolhimento e vínculo seriam nulas (tarefa precípua e justificativa da extensão de cobertura da base). Essa mesma concepção ainda supõe que à base cabe prioritariamente a vigilância da saúde, portanto o lugar da cura/tratamento segue suposto ao hospital.

A pirâmide da assistência projeta-se sobre o ensino dos profissionais de saúde, organizando-se com um início de curso com visitas domiciliares, acompanhamento de famílias etc.; ao meio do curso acompanhando pacientes internados e, ao final do curso, atuando em centro obstétrico, centro cirúrgico...

Faz-se necessário que os profissionais de saúde e gestores desse sistema abandonem a segurança dos modelos (uma idealização da realidade) e assumam posturas criativas – e *arriscadas* – de desenhar serviços tendo como referência as necessidades dos usuários em terreno e não a execução dos pacotes epidemiológicos, de vigilância à saúde ou dos chamados programas de saúde pública. Em lugar da hierarquia da pirâmide assistencial, deveríamos lutar por um desenho ordenado pelas complexidades locais e pela responsabilização dos profissionais e serviços pelo cuidado e pela cura, singular em cada caso ou realidade (baseado em Cecilio, 1997 e 1999). Entendemos precisamente que devem ser suprimidos os modelos para evitar a supressão da pergunta sobre a integralidade da *atenção*

(o usuário sentir-se efetivamente cuidado pelo sistema de saúde). O usuário sentir-se cuidado pelo sistema não é a mesma coisa que sentir-se cuidado por um ou outro profissional. Justamente por não se sentirem cuidados pelo Sistema de Saúde, ainda que muito bem atendidos por determinados profissionais, é que se generalizou, entre os usuários, a sensação da má qualidade da rede pública.

Righi (2002, p. 78) diz que não se trata de propor qualquer modelo que substitua a pirâmide “por superá-la em todos os aspectos”. Para a autora, “a construção do conceito de rede ou a flexibilização da pirâmide não devem constituir-se em caminhos ou alternativas excludentes”. Afirma, a seguir, que “o que construirmos de novo terá incorporado o velho: pirâmides arredondadas, círculos, redes?”.

A reorientação da educação dos profissionais de saúde deve passar, então, pela reversão dessa matriz de pensamento e de práticas. As *necessidades em saúde são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas*, não são estruturas fisiopatológicas ou anátomo-clínicas biologicamente determinadas e, portanto, conforme Cecílio (1999), *exigem que os serviços de saúde desenvolvam dispositivos também dinâmicos, também extremamente flexíveis, para “escutar”, retraduzir e trabalhar essas necessidades*. As transformações, principalmente para além das questões puramente administrativas, associam educação formal e educação permanente como necessárias à consolidação das reformas setoriais e renovação permanente das práticas.

Os desafios atuais na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde estão em aprender a não dissociar atenção individual às doenças e adoecimentos da vigilância à saúde (risco de retorno à biologização); não dicotomizar qualidade de vida (biologia) do andar da vida (produção subjetiva); não dissociar os grupos de trabalhadores (da gestão, da atenção e da vigilância); não perder o conceito de atenção integral à saúde e realizar o trabalho educativo junto à população como um trabalho de aprendizagem junto à população e, finalmente, aceitar que há incerteza na definição dos papéis profissionais, onde há alternância de saberes e práticas de cada núcleo constituidor das profissões de saúde e do campo da atenção integral à saúde, onde os conteúdos privativos são intercambiantes e provisórios, resultando mais da exigência ética de todos os profissionais do setor estarem tecendo autonomias assistenciais e composições criativas da equipe de saúde em cada serviço real, com uma população real e demandas reais de escuta, cuidados, curas e promoção da saúde individual e coletiva, que de desenhos corporativos prévios.

2. Residência Integrada em Saúde: integração ensino e serviço em saúde

O debate sobre a formação e o desenvolvimento na área da saúde como ação estratégica para a condução da agenda de renovação e reforma no setor da saúde parte, portanto, do entendimento de que uma profunda reforma setorial, como uma profunda renovação das organizações de saúde não se faz sem uma política de educação para o setor. Embora uma política de educação para o setor da saúde envolva a formação dos profissionais da educação superior e da educação técnica, a formação de professores, a formação de agentes sociais para a gestão de políticas públicas de saúde, a inserção temática da saúde na escola básica, a produção do conhecimento e a constituição das ações e serviços de saúde como campo de práticas para o ensino e para a pesquisa, este artigo exemplifica uma experiência e abordagem: *a especialização em serviço, sob orientação profissional*, que é como se caracteriza a principal modalidade de formação de especialistas requeridos pela atenção de saúde. A experiência relatada é a da criação da Residência Integrada em Saúde, pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, em 1999.

A criação da Residência Integrada em Saúde se deu pela Portaria SES/RS n. 16, de 1º de outubro de 1999, e pela Lei Estadual n. 11.789, de 17 de maio de 2002. Trata-se de uma Residência designada como integrada e não como multiprofissional, por estabelecer a integração dos Programas de Residência Médica com os Programas de Aperfeiçoamento Especializado (especialização em área profissional); a integração entre trabalho e educação (trabalho educativo); a integração de diferentes profissões da saúde como equipe de saúde (campo e núcleo de saberes e de práticas profissionais em articulação permanente), a integração entre ensino, serviço e gestão do SUS e a integração do campo das ciências biológicas e sociais com a área de humanidades para alcançar a atenção integral à saúde⁴.

Na área da saúde, a educação em serviço é uma das formas de desenvolver o *aperfeiçoamento especializado*, tanto pela presença contínua nos locais de produção das ações, como pelo estabelecimento de estratégias de aprendizagem coletiva e em equipe multiprofissional. O contato continuado dos profissionais com os usuários das ações e serviços de saúde, atuando em equipes com trabalho coletivo e co-responsável, permite o cruzamento dos saberes e o desenvolvimento de novos perfis profissionais, mais adequados à exigência ética de atender a cada um conforme sua necessidade e levando em conta as necessidades epidemiológicas e sociais da população.

A Residência Integrada em Saúde foi constituída como uma modalidade de educação profissional pós-graduada multiprofissional, de caráter interdisciplinar, desenvolvida em ambiente de serviço, mediante educação pelo trabalho, mantendo orientação técnica direta e orientação docente em sala de aula. No caso da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, cada residência oferecida atendeu ao conjunto das determinações da Comissão Nacional de Residência Médica, mas configurou-se como Residência Integrada em Saúde em todas as suas estruturas. É o caso das Comissões de Residência Médica por local de profissionalização, uma exigência nacional, que foram tornadas Comissões de Residência Multiprofissional Especializada (mantendo-se a sigla Coreme) e que vieram cumprir o desígnio de uma reforma das residências médicas para que se adequassem à reforma sanitária nos moldes brasileiros: trabalho em equipe multiprofissional, interdisciplinaridade, especialização em serviço, base epidemiológica para o planejamento, utilização da educação popular em saúde para a interação com os grupos sociais, medindo-se pela satisfação do usuário.

Fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a Residência Integrada em Saúde orienta e acompanha atividades de atenção integral à saúde em serviços assistenciais da rede pública (própria, contratada ou conveniada do SUS) e orienta e acompanha atividades de estudo e reflexão sobre a prática de atendimento e atuação no Sistema e nos serviços de saúde.

A Residência Integrada em Saúde foi proposta com funcionamento articulado às diferentes estratégias de educação permanente dos trabalhadores dos ambientes de ensino constituídos como locais credenciados de profissionalização, sendo cada área de especialidade denominada como ênfase. Uma vez que tem por finalidade desenvolver trabalho educativo interdisciplinar, mediante atuação em equipe de saúde, foi proposto que suas ações deveriam envolver o cruzamento dos diferentes saberes que configuram os diversos núcleos de conhecimento das profissões, oferecendo oportunidade de debate das políticas e estratégias de organização da gestão e da atenção à saúde e promovendo o desenvolvimento da autonomia dos usuários das ações e serviços de saúde.

A compreensão da autonomia dos indivíduos e da responsabilidade dos profissionais da saúde pelo processo de promoção, prevenção, manutenção e recuperação de saúde é entendida como fundamental nesta proposta de formação, devendo integrar contextos culturais e vivenciais e possibilitar a inserção de temáticas sociais abrangentes.

A Residência Integrada em Saúde foi criada para acolher a necessidade de especializar os profissionais para a atuação no SUS, mas buscando desenvolver aprendizagens para a atenção integral à saúde (acolhimento dos usuários, estabelecimento de vínculos terapêuticos, responsabilização pelo cuidado à saúde necessário em cada caso ou condição de vida, ampliação permanente da resolutividade da ação assistencial e estímulo continuado à autonomia das pessoas na gestão da proteção a sua saúde individual e coletiva).

As áreas de ênfase (especialidades) adotadas pela experiência relatada corresponderam aos locais credenciados de profissionalização no período de 1999 a 2002 e as profissões consideradas seguiram a disponibilidade de orientadores por núcleo profissional (Quadro 1). Cada área de ênfase da Residência Integrada em Saúde inclui a correspondente residência médica.

Quadro 1 - Áreas de Ênfase e Profissões – RIS – ESP/RS

Áreas de ênf:
Atenção Básica em (Medicina de Famí
Saúde Mental Cole (Psiquiatria)
Dermatologia Sani (Dermatologia)
Pneumologia Sanit (Pneumologia)

O quadro de vagas oferecido foi acrescido a cada ano, tanto pela consolidação do Programa, como pela progressão na procura por candidatos (Quadro 2). O processo seletivo foi sendo aperfeiçoado a cada ano, buscando a máxima homogeneidade da prova para o conjunto de ênfases e profissões. Seguindo a proporcionalidade de questões das cinco grandes áreas básicas, como definido pela Comissão Nacional de Residência Médica, adotou-se a compreensão da clínica ampliada. Em todas as áreas, as questões buscavam conhecimentos de saúde coletiva, legislação e política do SUS, organização do sistema estadual de saúde, demografia, saúde e sociedade, promoção da saúde e qualidade de vida, bem como conhecimentos em cuidado humano, saúde bucal, atenção psicossocial, alimentação e nutrição, reabilitação, dermatologia aplicada às grandes áreas da

prova, cidadania e proteção social e clínica médica das áreas básicas (conforme resolução CNRM n. 01/2000). As próprias grandes áreas básicas foram sempre apresentadas sob compreensão ampliada: saúde da criança e do adolescente/pediatria, saúde da mulher/gineco-obstetrícia, saúde do adulto/medicina interna, emergências clínicas e traumáticas/cirurgia geral e epidemiologia e sociedade/medicina preventiva e social.

**Quadro 2 - Vagas da Residência Integrada em Saúde (RIS)
ESP/RS, 1999-2003**

Vagas de I
Somatório

3. Organização pedagógica e composição do corpo docente da Residência Integrada em Saúde

A Residência Integrada em Saúde é desenvolvida em dois anos para todos os profissionais ingressantes, podendo ser complementada por um terceiro ano opcional, cujas vagas são preenchidas a partir de novo processo seletivo⁵. A carga horária anual prevista é de, no mínimo, 2.880 horas e de, no máximo, 3.200 horas em todas as ênfases/especialidades, sendo 10 a 20% deste total correspondente às atividades de reflexão teórica e 80 a 90% às atividades de formação em serviço, incluído, neste total, o mês de férias. A totalidade teórico-prática é contextualizada e viabilizada por um conjunto de ações que incluem seminários, oficinas, estudos de caso, aulas teóricas e pesquisa, articuladas com as práticas de atenção à saúde. O currículo básico das ênfases/especialidades é organizado sob o domínio de campo da atenção à saúde e habilitação no núcleo específico de saberes e de práticas profissionais, contemplando a singularidade dos serviços e a diversidade das realidades. Os residentes devem familiarizar-se com os conceitos da administração e planificação em saúde, das ciências sociais em saúde e da epidemiologia, vigilância e promoção da saúde, desenvolvendo aprendizagens da clínica e sobre pronto atendimento.

A *preceptoria* (acompanhamento e orientação profissional na educação em serviço), na Residência Integrada em Saúde, se faz por orientação de conhecimentos do campo da saúde; por orientadores dos núcleos de

saberes e de práticas que aprofundem a resolutividade dos cuidados assistenciais e de promoção à saúde; por orientadores de pesquisa que têm a função de desenvolver o processo de pensamento e expressão reflexiva; por orientadores técnico-docentes que fazem a abordagem dos conteúdos teóricos de estudo e reflexão sobre a prática de gestão e atenção à saúde, além de apoiadores de ensino em serviço, constituídos pelo conjunto dos trabalhadores de cada local credenciado de profissionalização.

O *orientador de campo* é o orientador de referência para o residente, devendo trabalhar diariamente na unidade de aprendizagem em serviço⁶, pertencendo à equipe local de assistência à saúde. O orientador de campo é o responsável por promover a integração entre os diferentes residentes, destes com a equipe de saúde local e com a população usuária de cada unidade de aprendizagem em serviço. Cabe ao orientador de campo a articulação dos recursos de ensino em serviço, sendo, por isso, referência para o residente na perspectiva do campo de saberes e de práticas da saúde.

O *orientador de núcleo* é o profissional responsável pela orientação técnico-profissional, sendo referência para o residente no âmbito de cada profissão, instrumentando-o no núcleo de conhecimento necessário ao exercício da sua prática profissional específica. Cabe ao orientador de núcleo a integração ensino-serviço em uma perspectiva de trabalho interdisciplinar. Os orientadores por núcleo de conhecimento não se restringem apenas ao estabelecimento de vínculo entre trabalhadores da mesma profissão, são também aqueles profissionais técnico-científicos habilitados nas várias áreas de atuação ou de conhecimento especializado em cada ambiente de serviço que apóiam os residentes, instrumentando-os para a maior resolutividade de cada prática profissional.

O *orientador de pesquisa* é o profissional convidado e/ou indicado pelo residente e aprovado pelo Conselho de Ensino e Pesquisa do Programa, para o acompanhamento do processo de investigação e reflexão sistemática desencadeado durante a residência e que estabelecerá a orientação e o acompanhamento do trabalho de conclusão. O orientador de pesquisa deve, preferencialmente, ser oriundo do corpo técnico-docente (orientador de campo, de núcleo ou técnico-docente) da instituição mantenedora ou conveniada.

O *orientador técnico-docente* é o responsável pelas atividades de formação teórica dos residentes, a quem compete articular estratégias para a prática de reflexão, embasamento e aprofundamento conceitual a respeito das atividades e ações de gestão e atenção à saúde.

Os *apoiadores de ensino em serviço* são todos os trabalhadores de quaisquer níveis de formação, atuantes nos ambientes onde se desenvolve o Programa e têm papel de apoio instrucional, devendo reportar-se ao orientador de campo sempre que necessário.

4. Conclusões

As determinações legais contidas na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde, associadas à opção política da gestão 1999-2002 da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, de construir um *SUS de Verdade*, implicaram o reordenamento da formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e conferiram à Escola de Saúde Pública um novo espaço na configuração da SES/RS. Entre outras medidas para responder a esse desafio, foi proposta e implementada a Residência Integrada em Saúde, que acarretou profundas mudanças em relação ao período anterior e ao que tradicionalmente se desenvolve na área.

Toda a ação de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde retorna imediatamente à população na forma da qualificação do trabalho. A formação e o desenvolvimento em saúde estão afetos basicamente ao impacto na saúde coletiva e à efetividade do Sistema de Saúde. Tanto do ponto de vista técnico-operacional, como gerencial ou conceitual, a formação e o desenvolvimento objetivam a qualificação dos serviços prestados à população, a valorização e defesa da saúde individual e coletiva e a melhoria das condições de vida, incluindo-se esta política entre as demais que são determinantes para o alcance de altos níveis de desenvolvimento social e humano.

Realizar a educação dos profissionais de saúde na montagem do projeto de Integralidade da Atenção à Saúde é saber mudar e mudar-se, saber convocar o pensamento e a experimentação. A educação tem seu maior vigor nos efeitos de mudança na subjetividade, isto é, na aquisição de competências técnicas por um processo educativo, operam-se, também, processos de subjetivação.

As vivências da Residência Integrada em Saúde passam por desenvolver possibilidades de apropriação subjetiva e coletiva de experiências de aprendizagem ética, técnica e institucional. O fato de ser pensada como espaço multiprofissional, de caráter interdisciplinar e de estabelecer a inserção da formação na gestão do sistema e no exercício do controle social pelos Conselhos de Saúde amplia sua aproximação do projeto de integralidade da atenção à saúde.

O projeto da integralidade da atenção à saúde, no tocante à formação e desenvolvimento profissional, implica restabelecer a interação ensino-gestão-serviço-controle social, tensionando os projetos de formação à melhor escuta das pessoas que recorrem/usufruem/usam aos/os serviços de saúde. A mudança nas práticas e a mudança na formação são duas faces do mesmo movimento de produção da atenção integral à saúde. A mudança nas práticas não se esgota na relação assistencial direta (a prestação dos cuidados terapêuticos), mas prolonga-se pela organização do processo de trabalho e qualidade da permeabilidade da rede de serviços e da gestão ao controle social e participação popular.

Cecílio (2001, p. 116) afirma que “toda a ênfase da gestão, organização da atenção e capacitação dos trabalhadores deveria ser no sentido de uma maior capacidade de escutar e atender a necessidades de saúde”. Para o autor, essa escuta e correspondência às necessidades sentidas são mais importantes “que a adesão pura e simples a qualquer modelo de atenção dado aprioristicamente”.

Embora devamos ter claro que a integralidade da atenção pertence e deve pertencer ao conjunto do sistema de saúde, com acesso assegurado ao conjunto de tecnologias do cuidado de que se precise a cada situação, – como ressalva Merhy (1997), sobre o direito de melhorar e prolongar a vida –, bem como às relações intersetoriais da saúde com as demais políticas sociais, ela também é resultante do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional no espaço concreto e singular dos serviços de saúde. É por isso que precisamos gerar oportunidades dessa aprendizagem real: pensamento e experimentação *in acto/in loco* como a experiência de uma Residência Integrada em Saúde, do modo como a desenvolveu, no período aqui referido, a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul⁷.

Referências Bibliográficas

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECCIM, R. B. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: CECCIM, R. B.; CARVALHO, P. R. A. (Org.). *Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida*. Porto Alegre: Ufrgs, 1997. p. 27-42.

CECCIM, R. B; ARMANI, T. B. Educação em saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 23, p. 30-56, dez. 2001.

CECCIM, R. B. Diversidade e adversidade na prática da atenção à saúde. *Saúde – Revista do Nipesc*. Porto Alegre, v. 3 e 4, 1998/1999.

CECÍLIO, L. C. O. Programa UNI: uma necessária ampliação de sua agenda. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS C. M. *Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec, 1999, p. 129-136.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS/Abrasco, 2001. p.113-126.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecnoassistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul - set, 1997.

DELEUZE, G. *Conversações: 1972 - 1990*. Trad. de Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Trad. de Suely Rolnik. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1997. v. 4.

FERLA, A. A. *Clínica nômade e pedagogia médica mestiça: cartografia de idéias oficiais e idéias populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas*. 2002. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação. Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

FOUCAULT, M. *O pensamento do exterior*. Trad. de Nurimar Falci. São Paulo: Princípio, 1990.

GUATTARI, F. *As três ecologias*. Trad. de Maria Cristina F. Bittencourt. Campinas: Papirus, 1993.

KISIL, M.; CHAVES, M. (Ed.). *Programa UNI: uma nova iniciativa de educação dos profissionais de saúde*. Battle Creek: Fundação W. K. Kellogg, 1994.

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

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. T. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

RIGHI, L. B. *Poder local e inovação no SUS: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no estado do Rio Grande do Sul*. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Campinas, 2002.

Anexos

Embasamento legal para o **Aperfeiçoamento Especializado**: Lei Federal n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que dispõe sobre as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, artigos 39 e 40, sobre a educação profissional e especialização em área profissional e Parecer 908/98, da Comissão de Ensino Superior do Conselho Nacional de Educação, de 02 de dezembro de 1998, que dispõe sobre curso de pós-graduação.

Embasamento legal para a **Residência Médica**: Lei Federal n. 6.932, de 07 de julho de 1981, que dispôs sobre as atividades do médico residente (com as alterações impostas pelas Leis Federais n. 7.217/84, 8.138/90 e 8.725/93), Decreto Federal n. 80.281/77 (com as alterações do Decreto n. 91.364/85), Resolução CNRM n. 01, de 14 de maio de 2002, que dispôs sobre especialidades médicas, duração dos programas de formação e bases curriculares da Residência Médica.

Embasamento legal para a **Residência Integrada em Saúde**: Portaria Estadual que institui a Residência Integrada em Saúde: 16/99 - SES/RS e Lei Estadual que cria, no âmbito da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, o Programa de Bolsas de Estudos para a Residência Integrada em Saúde: n. 11.789, de 17 de maio de 2002.

Notas

- 1 Sanitarista, Doutor, Professor de Educação em Saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, atualmente Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. Pesquisador colaborador do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde / grupo de pesquisadores do CNPq – Racionalidades Médicas.
- 2 Sanitarista, Doutor, atualmente Diretor da Área de Informação e Informática no SUS do Ministério da Saúde. Pesquisador colaborador do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde / grupo de pesquisadores do CNPq – Racionalidades Médicas.
- 3 A ordem social, segundo a Constituição Federal do Brasil, inclui a seguridade social (saúde, previdência e assistência social), o desenvolvimento da pessoa e do processo civilizatório (educação, cultura e desporto), o desenvolvimento científico (ciência, pesquisa e capacitação tecnológica), a manifestação do pensamento (criação, expressão e informação), o ambiente ecologicamente equilibrado, o reconhecimento da população indígena e sua organização social e a proteção especial da família, da criança, do adolescente e do idoso.
- 4 A escolha por não usar aspas quando se trata de trechos idênticos aos constantes na Portaria, Lei ou Regulamento da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul se deve ao fato de tais trechos terem sido retirados de estudos de um dos autores do presente artigo, bem como das diversas apresentações assinadas na abertura dos processos seletivos à Residência Integrada em Saúde de 1999 a 2002. Ressalte-se, entretanto, que a Portaria, Lei e Regimento não foram instrumentos autorais, posto que resultantes de comissões, grupos de discussão e assembléias que envolveram docentes e residentes, além da direção e do assessoramento técnico da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul.
- 5 Exceção ocorre para os residentes médicos cujas especialidades requeiram período de residência maior que dois anos.
- 6 A unidade de aprendizagem em serviço é a instância de serviço específico, componente dos vários locais credenciados de aprendizagem. Por exemplo, a Clínica de Adolescentes no hospital.
- 7 Qualquer residência, por ser em serviço/no espaço real dos serviços, deveria ser multiprofissional.







ESTA OBRA FOI IMPRESSA PELA GRÁFICA STAMPPA
EM OFFSET SOBRE PAPEL PÓLEN BOLD
DA COMPANHIA SUZANO, EM FEVEREIRO DE 2007