



PAPERS DO NAEA

ISSN 15169111

PAPERS DO NAEA Nº 229

**INTEGRALIDADE NA SAÚDE: ORDENAMENTO JURÍDICO
E DESAFIOS DE IMPLEMENTAÇÃO**

Pedro Paulo Freire Piane

Belém, Abril de 2009

O Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA) é uma das unidades acadêmicas da Universidade Federal do Pará (UFPA). Fundado em 1973, com sede em Belém, Pará, Brasil, o NAEA tem como objetivos fundamentais o ensino em nível de pós-graduação, visando em particular a identificação, a descrição, a análise, a interpretação e o auxílio na solução dos problemas regionais amazônicos; a pesquisa em assuntos de natureza socioeconômica relacionados com a região; a intervenção na realidade amazônica, por meio de programas e projetos de extensão universitária; e a difusão de informação, por meio da elaboração, do processamento e da divulgação dos conhecimentos científicos e técnicos disponíveis sobre a região. O NAEA desenvolve trabalhos priorizando a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão.

Com uma proposta interdisciplinar, o NAEA realiza seus cursos de acordo com uma metodologia que abrange a observação dos processos sociais, numa perspectiva voltada à sustentabilidade e ao desenvolvimento regional na Amazônia.

A proposta da interdisciplinaridade também permite que os pesquisadores prestem consultorias a órgãos do Estado e a entidades da sociedade civil, sobre temas de maior complexidade, mas que são amplamente discutidos no âmbito da academia.

Papers do NAEA - Papers do NAEA - Com o objetivo de divulgar de forma mais rápida o produto das pesquisas realizadas no Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA) e também os estudos oriundos de parcerias institucionais nacionais e internacionais, os Papers do NAEA publicam textos de professores, alunos, pesquisadores associados ao Núcleo e convidados para submetê-los a uma discussão ampliada e que possibilite aos autores um contato maior com a comunidade acadêmica.



Universidade Federal do Pará

Reitor

Carlos Edilson de Almeida Maneschy

Vice-reitor

Horacio Schneider

Pró-reitor de Pesquisa e Pós-graduação

Emmanuel Zagury Tourinho

Núcleo de Altos Estudos Amazônicos

Diretor

Armin Mathis

Diretor Adjunto

Fábio Carlos da Silva

Coordenador de Comunicação e Difusão Científica

Silvio Lima Figueiredo

Conselho editorial do NAEA

Armin Mathis

Edna Maria Ramos de Castro

Fábio Carlos da Silva

Juarez Carlos Brito Pezzuti

Luis Eduardo Aragon

Marília Ferreira Emmi

Nirvia Ravena

Oriana Trindade de Almeida

Setor de Editoração

E-mail: editora_naea@ufpa.br

Papers do NAEA: Papers_naea@ufpa.br

Telefone: (91) 3201-8521

Paper 229

Revisão de Língua Portuguesa de responsabilidade do autor.

INTEGRALIDADE NA SAÚDE: ORDENAMENTO JURÍDICO E DESAFIOS DE IMPLEMENTAÇÃO

Pedro Paulo Freire Piani¹

Resumo:

Dentre os princípios estabelecidos como eixos que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei 8.080 de 1990, o princípio da integralidade só recentemente ganhou mais espaço para discussão, ainda que no âmbito dos eventos acadêmicos e em algumas iniciativas do poder público. As razões para tal condição podem ser inúmeras dependendo dos analistas e profissionais da saúde que tomem este princípio como objeto de análise na legislação, na produção acadêmica ou nas experiências dos serviços e ações em saúde. Para estimular o debate, o argumento inicial deste paper é que a integralidade na Saúde vem de encontro à postura de Simão Bacamarte, personagem central na obra *O alienista* de Machado de Assis, publicado entre 1881/1882, que primeiro classificava seus pacientes, os seus *loucos*, para depois proceder a um estudo minucioso dos casos. O que se quer com a integralidade é compreender o processo saúde / doença trazido pela população, de forma diferente das rotinas cristalizadas que trouxeram grande insatisfação aos usuários do SUS.

Palavras-chave: Saúde. Espaço. SUS.

¹ Doutor em Psicologia Social pela PUC-SP e ex-bolsista internacional da Fundação Ford. Atualmente é pesquisador-associado no Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA-UFPA) e diretor acadêmico do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza - UFPA.

INTRODUÇÃO

Dentre os princípios estabelecidos como eixos que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei 8.080 de 1990, o princípio da integralidade só recentemente ganhou mais espaço para discussão, ainda que no âmbito dos eventos acadêmicos e em algumas iniciativas do poder público. As razões para tal condição podem ser inúmeras dependendo dos analistas e profissionais da saúde que tomem este princípio como objeto de análise na legislação, na produção acadêmica ou nas experiências dos serviços e ações em saúde. Para estimular o debate, o argumento inicial deste paper é que a integralidade na Saúde vem de encontro à postura de Simão Bacamarte, personagem central na obra *O alienista* de Machado de Assis, publicado entre 1881/1882, que primeiro classificava seus pacientes, os seus *loucos*, para depois proceder a um estudo minucioso dos casos. O que se quer com a integralidade é compreender o processo saúde / doença trazido pela população, de forma diferente das rotinas cristalizadas que trouxeram grande insatisfação aos usuários do SUS.

Contudo, só com intenção não se faz política. O princípio da integralidade desperta muitos sentidos quanto forem suas leituras e ações sob formatos variados. A busca por precisão é praticamente inatingível, mas enquanto processo de trabalho não deve ter fim. Como afirma Camargo Jr (2005, p. 35) *academia e serviço têm uma convivência nem sempre harmônica, mas sem dúvida fértil para as duas áreas*. Devem estar se alimentando com o objetivo da precisão naquilo que trabalham.

1. O ORDENAMENTO JURÍDICO DA INTEGRALIDADE

Após duas décadas de mudanças mais substanciais na forma de conceber e organizar a Saúde no Brasil constituiu-se um aparato legal presente na Constituição Federal (CF) de 1988, na Lei 8.080/90 que instituiu o SUS, em portarias e nas conferências nacionais e setoriais que apresentaram as diretrizes políticas e organizacionais do sistema. Esse ordenamento ainda incipiente não impediu uma trajetória polissêmica da integralidade que por sua natureza heterogênea será sempre matéria de discussão quanto a seus sentidos e implementações. E é este aspecto que será tratado aqui antes de entrar-se propriamente no aparato legal que a sustenta.

Se há uma natureza na relação entre integralidade e lei esta é a sua tensão ou fluidez na compreensão e nos encaminhamentos que se fazem no intuito de corresponder a uma atenção integral do usuário. A questão é complexa porque envolve vários atores como usuários e suas demandas e expectativas, profissionais da saúde com práticas já em uso, gestores com políticas já estabelecidas, corporações industriais que atuam na saúde e instituições privadas e públicas da área.

Como princípio estabelecido por lei, a integralidade institucionalizada foi seguida de uma série de portarias e também de processos jurídicos referentes ao exercício de práticas terapêuticas e prerrogativas profissionais que têm nos tribunais um de seus momentos de normatização. O embate jurídico continuará em vista do período singular de disputas de espaços de exercício profissional, de

novas e velhas terapêuticas e de espaços de atuação e intervenção profissional para alguns, de cuidado para outros. As tensões se multiplicam ao lado do trabalho coletivo que também se faz presente nas instituições e serviços que produzem a saúde no Brasil.

Outro aspecto a se considerar é o tipo de ordenamento jurídico que se estabeleceu paulatinamente após uma etapa reivindicatória dos movimentos sociais e do movimento sanitário, em particular. No caso da Saúde, os movimentos reivindicatórios tiveram suas propostas sistematizadas nas grandes conferências e na formulação de leis. São leis oriundas por meio de pressão popular. A passagem das insatisfações, reivindicações e propostas mais organizadas não ocorreram de forma direta para o texto da lei nem para os serviços. Um grupo de especialistas (profissionais da saúde geralmente pertencentes ao movimento da Saúde ou que acompanharam o movimento) reescreveram e reescrevem essas reivindicações apropriando-se de um saber em discussão no campo e nos aparatos jurídicos. As propostas de mudanças se fazem presentes na perspectiva de serem incorporadas mais à frente num movimento que vai exigir tempo para compor novos recursos, formar em bases diferentes. O que entra em cena com o movimento sanitário e com os movimentos sociais a partir da CF de 88 são os Conselhos, entre eles, os Conselhos de Saúde, instituições de participação e controle popular. Essa característica normativa traz em seu bojo a tensão.

A 8ª. Conferência Nacional de Saúde de 1986 é considerada um marco no posicionamento de amplos setores da sociedade brasileira frente aos seus problemas de saúde.² A crise no modelo de atendimento e de financiamento da Saúde, geradora de grande insatisfação popular e o fim do período militar abrem espaço para o Movimento Sanitário se organizar e reagrupar as aspirações de amplos setores da sociedade brasileira que utilizavam os serviços precarizados da saúde.

O relatório final da 8ª. Conferência Nacional de Saúde (CNS) traz proposições estruturais e prepara-se para o grande enfrentamento que seria a Assembléia Constituinte que culminou com a carta constitucional de 1988. O documento da 8ª. Conferência está dividido em três grandes partes: a primeira parte versa sobre o direito à saúde e apresenta uma concepção ampliada de saúde relacionada às condições sócio-econômicas da vida, como direito de todos e de responsabilidade estatal com o controle da população; a segunda parte referente à reformulação do Sistema Nacional de Saúde com a criação de um sistema único estatal; a terceira parte concerne ao financiamento da Saúde. Pode-se identificar um cerne da perspectiva da integralidade nas duas primeiras partes, sem desconsiderar a importância da terceira parte que é o financiamento, indispensável para que uma política seja implantada com maior efetividade.

Na primeira parte do documento, intitulada saúde como direito, o evento saúde é *a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde* (Relatório Final da 8ª. CNS, item 1) e *define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas* (Relatório Final da 8ª. CNS, item 2). A partir desta nova maneira de abordar o tema, o pleno direito à saúde envolve

² A 8ª. Conferência Nacional, coordenada pelo sanitarista Sérgio Arouca, contou com mais de 4.000 participantes, sendo 1.000 delegados.

garantias sociais e econômicas como “*trabalho em condições dignas..., alimentação..., educação e informação, repouso, lazer, segurança, participação da população da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde, direito à liberdade e acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.*” (Relatório Final da 8ª. CNS, item 6) .

Essa compreensão abrangente de saúde, perseguida nas décadas de 1970 e 1980 nas críticas ao modelo médico, centralizador e a um sistema precário de atenção à população, acompanhará toda a reformulação pretendida pelo Movimento Sanitário e pelo Movimento Popular da Saúde (MOPS) que participou das mudanças efetuadas na Saúde, inclusive pressionando o próprio Movimento Sanitário. A reivindicação por participação efetiva na 8ª. Conferência Nacional de Saúde é um dos exemplos dessa pressão.

Na segunda parte, referentes à reformulação do Sistema Nacional de Saúde, estão as principais idéias propostas que serviriam de escopo para a integralidade. Quanto à organização dos serviços, o documento propõe a *integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo e a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático e escolher a terapêutica preferida.* (idem, item 3). Quanto às condições de acesso e qualidade é afirmado que o atendimento seja *oportuno segundo as necessidades* e que haja *assistência psicológica sem a discriminação que existe atualmente.* Na política de recursos humanos, o relatório propõe a *composição multiprofissional das equipes, considerando as necessidades da demanda de atendimento de cada região e em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial,* e ainda a *inclusão no currículo de ensino m saúde do conhecimento das práticas alternativas e a incorporação de agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar m educação pra a saúde e cuidados primários.* (idem, item 3).

Na terceira parte do relatório a política de descentralização aparece como central na reorganização do Sistema de Saúde Brasileiro e o financiamento, de responsabilidade do Estado, abre caminho para a institucionalização de modelos e saberes provindos de setores da população e outros campos profissionais como a Psicologia, a Assistência Social, a Odontologia, a Nutrição e outros.

Na construção de um repertório jurídico para a integralidade, a CF de 1988 estabelece diretrizes que devem orientar a criação e funcionamento do Sistema Único de Saúde a ser criado em legislação complementar. Em uma das três principais diretrizes está *o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais* (Art. 196, II) que pode ser considerado como o núcleo para a formulação da integralidade dos serviços e das ações em saúde. Mas a terceira diretriz constitucional, que prevê a *participação da população,* se constitui também um motivo para a demanda da integralidade, pela via da participação nos Conselhos. Não se poderia esperar algo mais detalhado de uma constituição nacional a não ser garantias gerais e a estruturação macro-política. Porém, com as formulações constitucionais, a repercussão nos níveis estaduais e municipais foi imediata com as elaborações das constituições estaduais e leis municipais. Na esfera municipal multiplicaram-se e fortaleceram-se os movimentos para a Saúde. E foi essa a consequência mais direta. A reorganização estrutural e paulatina do Sistema se mostrou conflitante e

alicerçada em práticas que funcionavam como um *habitus*.³

Como vimos anteriormente, a CF de 1988 abre a possibilidade de diversificação e ampliação do atendimento ao caracterizá-lo como integral tanto na assistência como na promoção (Art, 196, II). Essa caracterização constitucional, portadora de um significado abrangente colocava uma série de questões a serem enfrentadas, mas também de possibilidades. Após o texto constitucional, tornou-se imperativo a regulamentação do setor. A principal mudança viria com a criação do Sistema Único de Saúde pela Lei 8.080/90. Além desse marco jurídico, vieram normas, portarias e também muitos processos que visavam à demarcação de espaços profissionais.

A Lei 8.080 de 1990 *dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*, ou seja, cria o Sistema Único de Saúde gerido e financiado pelo Estado. No seu artigo 4º. está escrito que o *conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde*.

Mas é no Art. 3º. que o escopo da integralidade começa a se configurar ao afirmar que a saúde *tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais*. O parágrafo único do referido artigo traz as dimensões da definição de saúde da OMS de *bem-estar físico, mental e social* como programas de ação para as pessoas e a coletividade.

A integralidade surge como princípio de forma explícita nesta lei em seu artigo 7º, parágrafo II: *integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade*.

Para funcionar deve ser integrado e integral, inclusive em suas especificidades e especialidades, na organização, nos serviços, na pesquisa e na educação permanente. Nesta lei, a integralidade aparece adjetivada pelo termo assistência. Com isso, o desafio era imenso e extrapolava o Movimento Sanitário e Popular que deram origem às transformações estruturais do Sistema de Saúde no Brasil. Convencimentos e mediação de conflitos seriam as grandes tarefas que os setores responsáveis pela mudança teriam no campo da saúde no seio do Estado brasileiro.

A Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS/96) que regulamenta o Sistema Único de Saúde, em seu item 9, ao propor bases para um novo modelo de Atenção à Saúde formuladas a partir das *Conferências, Conselhos e espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes* não define um espaço privilegiado onde deve ocorrer a elaboração e implementação do modelo. Os espaços citados, em maior ou menor grau, viabilizam possibilidades de transformações na Saúde. Os *espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes*, ainda assim, são espaços de tensão entre usuários e profissionais, mas são espaços institucionais que apresentam possibilidades, mesmo que tensionadas, de mudanças ou aperfeiçoamentos do modelo de atenção à Saúde, trazidas por setores

³ Aqui a noção de Bourdieu (2003) é adequada para exemplificar as práticas da rede oficial de saúde.

sociais diversos, inclusive os de menor cobertura do Sistema.

Pela dinâmica corrente, impressa pelo modelo jurisdicional em que reivindicações se transformam em leis detalhadas, pela multiplicidade de profissionais envolvidos com a saúde no Brasil e pelas práticas singulares existentes no trato com a saúde e a doença, a tendência tem sido de multiplicação de leis e normas para atender as exigências de setores profissionais e para a inclusão no SUS de práticas de saúde oriundas de vários campos de atuação, incluindo segmentos classificados como mais populares. Entretanto, a implementação da integralidade como princípio norteador da atenção à saúde nos vários níveis de ações e de serviços é dificultada, na prática, pela falta de compreensão desta noção.

2. INTEGRALIDADE E PRÁTICAS COMPLEMENTARES: A “PORTARIA DA INTEGRALIDADE”⁴.

Em 03 de maio de 2006 o Ministério da Saúde lançou portaria que autoriza o uso de terapias integrativas e complementares no SUS através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, já aprovada anteriormente no Conselho Nacional de Saúde. Sua natureza é integrativa e complementar como o próprio nome da portaria indica. As práticas aprovadas para fazerem parte do SUS não substituem outros modelos, mas na lógica integrativa do Sistema estarão à disposição dos usuários como opções de escolha como prevê o direito à Saúde garantido na Constituição Federal e na Lei 8.080/90. Reações através da mídia entre as quais do Conselho Regional de Medicina de São Paulo indicam a dificuldade de implementação que a política terá pela frente.

A Portaria concentra-se na *homeopatia*, na *acupuntura*, na *fitoterapia* e no *termalismo*, práticas já utilizadas oficialmente no setor privado da Saúde e exercida geralmente por médicos/as. Por meio desta o SUS fica autorizado a oferecer essas práticas em sua rede de atendimento como direito do usuário. A Portaria 971/2006 não define quem exercerá cada uma dessas práticas. O exercício profissional depende de várias instituições normatizadoras: Conselhos de categoria, Ministério do Trabalho e Ministério da Justiça. Era de se esperar que uma Portaria de caráter inicial não definisse tais exercícios. Há uma quantidade de processos e liminares que estão tramitando em várias instâncias da Justiça com objetivos de regulamentação de atividades profissionais.

A despeito da discussão do atendimento integral da demanda e da satisfação do usuário, a Portaria constitui um avanço no aspecto da oferta de serviços assim como na concepção em saúde. Uma primeira constatação sobre a Portaria é que as práticas aprovadas são utilizadas por setores

⁴ Esta denominação referente à Portaria foi usada pelo Ministério da Saúde em seu site oficial em 2006 logo após a publicação da mesma. <http://portal.saude.gov.br/saude/>

organizados da sociedade brasileira e que pertencem a extratos médios de renda. Mesmo com as reações contrárias de setores médicos, essas práticas têm amplo reconhecimento e uso na sociedade e movimentam um setor econômico importante no mercado.

A acupuntura consiste numa *tecnologia de intervenção em saúde*, contextualizada principalmente a partir da Medicina tradicional chinesa. Pela Portaria pode ser usada de forma isolada ou complementar, na *promoção e recuperação da saúde e na prevenção de doenças*. No Brasil há vários centros/escolas de acupuntura oferecendo cursos técnicos que habilitam para o uso desta tecnologia.

A homeopatia constitui em *sistema médico complexo de abordagem integral e dinâmica do processo saúde e doença*. Atua no campo da promoção e recuperação da saúde e na prevenção de doenças. Sua presença no Brasil como saber ocorre durante o século XIX (Luz, 1996). Sua aceitação no Brasil ocorre em todas as regiões, principalmente urbanas.

A fitoterapia é um *recurso terapêutico* que utiliza plantas medicinais em formas farmacêuticas variadas. Tem implicações importantes no desenvolvimento comunitário. Seu uso é antigo. Os primeiros habitantes do vasto território brasileiro já utilizavam plantas, ervas e raízes amplamente; os grupos africanos também cultivavam a prática fitoterápica e os primeiros religiosos trouxeram saberes de outras terras que freqüentaram. É um uso disseminado principalmente em zonas rurais, mas que chegou em determinados espaços urbanos, em pequenas hortas ou pelas farmácias fitoterápicas e homeopáticas.

O termalismo social constitui-se em uma *abordagem* terapêutica encontrada mais nas regiões sudeste e centro-oeste do Brasil, com potencial também na região nordeste. O termalismo social ou crenoterapia é um recurso terapêutico que consiste no uso de águas termais como terapêutica complementar indicada pelos médicos e com uma freqüência de auto-indicação importante, mesmo nas regiões mais urbanizadas em que o poder aquisitivo permite o deslocamento para os locais em que há instâncias hidro-minerais ou simplesmente fontes ricas em águas com sais minerais. Geralmente os municípios que abrigam essas instâncias têm suas economias aquecidas pelo pequeno comércio e rede hoteleira de pequeno porte. O interesse pela preservação do local passa a ser uma preocupação constante daqueles que estão inseridos nessa cadeia econômica.

O Quadro abaixo oferece elementos para algumas análises da Portaria 971/2006. Das práticas integrativas apenas uma, a homeopatia, é exercida exclusivamente por médicos. As outras três práticas são exercidas por vários profissionais, não sendo exclusivas de nenhum deles. Médicos também praticam a acupuntura⁵ e a fitoterapia e sugerem tratamento com águas termais. Uma outra característica é que todas essas práticas acionam uma cadeia econômica considerável que envolve profissionais, equipamentos, estabelecimentos, laboratórios e setores acadêmicos já existentes. Os usuários dessas práticas dispõem de poder aquisitivo acessível para recorrerem às mesmas, quer por indicação médica, quer por conhecimento adquirido.

⁵ Vários Conselhos Regionais de Medicina entraram na Justiça solicitando ilegalidade no exercício da acupuntura quando praticada por não-médicos. O Supremo reconheceu acupuntura como recurso terapêutico não-privativo a qualquer área profissional.

QUADRO: Práticas que constam da Portaria da Integralidade (N. 971/2006)

	<i>Início no Brasil</i>	<i>Associação Nacional ou congênere</i>	<i>Abrangência atual no território</i>	<i>Quem exerce</i>
ACUPUNTURA	Índios no Brasil já praticavam; 1810: imigrantes chineses;	1972: Associação Brasileira de Acupuntura (vários profissionais); 1984: Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura 1994: Associação Médica Brasileira de Acupuntura (médicos)	Nacional	Qualquer profissional com curso técnico de acupuntura autorizado.
HOMEOPATIA	1840	1843, Instituto Homeopático do Brasil, Rio de Janeiro.	Nacional	Médicos com especialidade em homeopatia
FITOTERAPIA	Com a população indígena; Jesuítas (desde o século XVI)	1990: Associação Brasileira de Medicina Complementar e Estratégias Integrativas em Saúde (médicos) - Associação de Farmácias Fitoterápicas	Nacional	Vários profissionais e população
TERMALISMO	1818: Decreto de D. João VI criando a 1ª. estância termal brasileira Caldas e Cubatão (SC)	Não tem; Associação de Hotéis	Regiões Centro-Oeste, sudeste, sul e nordeste	Vários profissionais

Na Amazônia, principalmente na área rural, a Portaria 971/2006 não apresenta possibilidades imediatas para sua implementação. Com exceção das duas grandes capitais da região, Belém e Manaus, as práticas autorizadas não são usuais. Poderíamos argumentar que a fitoterapia da região é rica, contudo, essa Portaria não indica a inserção dos fitoterapeutas tradicionais. O benefício será para as farmácias fitoterápicas e homeopáticas já instaladas ou a instalar-se. O que deve ser considerado é como os fitoterapeutas tradicionais da região podem ter seu trabalho valorizado e as relações daí provenientes possam ser equitativas e não apenas de apropriação de saberes para posterior uso comercial.

A implementação de políticas de integralidade no SUS no aspecto da oferta de saberes reconhecidos como práticas terapêuticas integrativas e complementares poderá trazer mudanças graduais na organização dos serviços e nas relações entre profissionais da saúde dos diversos estabelecimentos que compõem a rede. A introdução de novas práticas que requerem mais a escuta, a formação profissional com base em novos modelos e a recomposição da organização interna dos serviços pode favorecer importante diferencial em consonância com as diretrizes que as orienta. A integralidade, assim pensada, perpassa todas as esferas de atendimento, desde a atenção primária até os serviços da mais alta complexidade.

Nas práticas alternativas de tratamento introduzidas no Sistema, critérios gerais podem ser adotados, mas a dinâmica do trabalho de atendimento deve ser da equipe de profissionais de saúde que cuidam dos usuários. Um hospital talvez não possa comportar todas essas práticas pela especificidade de sua atuação. Certamente pode comportar uma brinquedoteca, quando tiver setor de Pediatria, porém muitas das práticas terapêuticas podem ser introduzidas em centros de saúde ou em espaços novos criados ou a serem criados como as casas de parto.⁶

A atenção básica em âmbito municipal tem sido a porta de entrada das práticas integrativas, porém ainda sem o acompanhamento mais sistemático da educação permanente⁷. As equipes responsáveis pelos Programas deveriam gerir tanto a execução do mesmo quanto a orientação e educação das equipes. Poderia haver uma parceria entre setores federais e municipais. Onde houvesse experiências de práticas integrativas, a educação permanente se faria presente num processo que ganharia tanto os profissionais locais, como os profissionais-educadores responsáveis pela educação permanente a nível federal.

3. INTEGRALIDADE COMO PERSPECTIVA

A integralidade como diretriz do sistema nacional tem uma implantação tardia no Brasil. Nas décadas de 1970 e 1980, as bases conceituais da Reforma Sanitária já eram amplamente debatidas na saúde. A CF de 1988 assegura a integralidade como diretriz do sistema, mas apenas uma década depois, sua implementação a nível nacional começa a ser debatida. Cuba na década de 70 já tomava a integralidade como eixo do seu Servicio Nacional de la Salud⁸. O modelo de funcionamento do Plan Del Médico de la Familia contava com o apoio, nas policlínicas e hospitais rurais, dos especialistas médicos, enfermeiras, professores e psicólogos que atendiam nos consultórios dos médicos de família.

⁶ Os estabelecimentos que compõem o Sistema Único de Saúde geralmente estão classificados em Posto de Saúde, Centro de Saúde, Unidade Mista, Policlínica, Pronto-socorro e Hospital.

⁷ A educação permanente em Saúde faz parte hoje de uma Secretaria específica do Ministério da Saúde e as instituições responsáveis pelos cursos de capacitação pertencem à esfera estadual e federal e estão concentrados nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo.

⁸ Cuba nacionaliza, na década de sessenta, clínicas, hospitais e cria policlínicas. Na década de setenta cria o Servicio Nacional de la Salud. A gestão dos serviços de saúde municipal passa para as províncias e municipais. A formação médica é reorganizada sob controle do serviço nacional. Na década de 1980, há uma revisão com ênfase para a atenção primária e a formação de médicos generalistas (El plan del médico de la familia em Cuba).

Essas equipes, agrupadas nas Policlínicas e Hospitais rurais, compunham os Grupos Básicos de Trabalho.

Afirmar que a integralidade dos saberes é uma solução para o atendimento da demanda no Brasil pode soar como um imperativo categórico fácil de ser desmontado visto que, antes de tudo, é uma afirmação posicionada a partir de uma construção analítica que se faz com base em experiências localizadas e da literatura selecionada. Do lado daqueles que defendem a integralidade dos saberes não é difícil perceber o argumento do convencimento humanístico em vista de atendimento mais integral e humanizado em oposição a um atendimento mais impessoal. Argumento válido, mas que não enfrenta a grande caixa preta (Latour, 2000) que é a presença hegemônica de saberes na Medicina e na Saúde. Por ora, quero tratar, nesta parte, a integralidade como perspectiva, já apresentada no item anterior, e que expressa múltiplas dimensões e problemas.

A opção epistemológica de encarar a integralidade como uma perspectiva deve-se principalmente ao imenso rol de sentidos e tensões que ela aciona. De postura epistemológica à organização dos serviços, ela é reivindicada e reinventada, em sua trajetória discursiva, para pensar e organizar ações em Saúde. Destaco duas dimensões desse efeito político-programático já em curso no campo da Saúde no Brasil, mas ainda incorporada apenas pontualmente no SUS.

A *integralidade como ruptura* é tratada a partir da noção de olhar introduzida por Foucault (2004; 2005) para compreender as transformações e instituições de saberes e práticas na Medicina e de outro lado, da noção de alargamento dos campos em direção à noção de redes de apropriações, descobertas, conflitos e negociações que subjazem o modelo e profissionalização nas sociedades contemporâneas.

O que fez a Medicina transformar seus olhares, tomando emprestado o termo de Foucault, em procedimentos imprescindíveis na intervenção sobre os corpos dos humanos? Não poucos diriam que a experiência médica foi a porta de compreensão da doença. Para isso era necessário homogeneizar os corpos e os saberes, não que tenha sido este o único caminho possível, mas, nas circunstâncias, foi o caminho escolhido. “A coincidência exata do corpo da ‘doença’ com o corpo do homem doente é um dado histórico e transitório” (Foucault, 2004, p. 2). A anatomia patológica teve seu desenvolvimento acelerado no XIX que impulsiona para uma medicina classificatória que buscará a relação entre doença e espacialização corporal. A preocupação com as definições e denominações direcionava-se para uma nosologia que, passando pela experiência clínica, a superava para formar gêneros, classes e espécies, enfim, para formar a medicina classificatória.

A formação da Medicina classificatória na segunda metade do século XVIII e no decorrer do século XIX é registrada nos manuais e textos desse período⁹. A classificação médica das doenças requer um espaço inscrito no corpo, “espaço profundo, anterior às percepções e que as dirige de longe: é a partir dele, das linhas que cruza, das massas que distribui ou hierarquiza, que a doença, emergindo ao olhar, insere suas características próprias em um organismo vivo”.(Foucault, 2004, p. 3) Ainda para Foucault, essa *configuração primária da doença* tem quatro princípios.

⁹ Gilibert, L’anarchie médicale (1772), F. Boissier de Sauvages, Nosologie méthodique (1772), W. Ullmann, Institutions de médecine pratique (1785), apud Foucault (2004).

Com o primeiro princípio, os médicos do século XVIII afirmam a configuração da doença na experiência histórica e não mais no saber filosófico. Elegem o observável como critério essencial. É o olhar médico o definidor da doença. Com o segundo princípio, a doença é configurada pela analogia, pelas semelhanças que apresentam naquele espaço determinado através do olhar médico. Com o terceiro princípio, a configuração da doença ganha um salto baseado na racionalidade. As analogias não revelam apenas um sistema de referência das doenças, mas uma ordem racional da natureza. O modelo classificatório eleva-se a uma racionalidade médica de essências confirmadas pelo olhar. A doença passa a ter uma racionalidade própria como a vida a tem. Com o quarto princípio, a doença passa a estar no doente, mas é apartada dele. A nosologia médica é o saber a ser conhecido pelo médico para o enfrentamento da doença e sua cura. As características encontradas no doente são apenas acidentes em relação ao essencial que comporta a doença.

Mas esses princípios não bastam para conectar os espaços do corpo e a configuração das doenças sem comprometer a essência nosológica instituída pelo saber médico em formação. O problema encontrado é que o espaço das classes é plano e homogêneo e a doença, classificada em uma família, tem sua sede num órgão. A contradição é resolvida pela *comunicação simpática* (que assegura a relação com o espaço) e pela *causalidade* que assegura *as simultaneidades e os intercruzamentos entre as purezas essenciais* estabelecidas pela nosologia.

A outra forma de compreensão de ruptura que a integralidade provoca é com a noção fechada de campo que baseia a profissionalização dos saberes e práticas nas sociedades contemporâneas. A regulamentação profissional não tem somente como objetivo o bem-estar de sua demanda. A configuração dos saberes profissionais segue uma dinâmica de campo de saber e de atuação (Bourdieu, 2003). Em um contexto mais amplo, os governos de populações planejam a partir das possibilidades de ganho do capital, estratégias de governamentalidade¹⁰ mais do que as forças coercitivas da sociedade. A perspectiva da integralidade desnuda práticas e rompe discursos oficiais organizativos.

A *integralidade como estratégia*, atribuindo a esse termo um sentido menos carregado e mais revelador de um significado político-programático, é expressa em parte da produção bibliográfica sobre o tema. Para Mattos (2004, p. 1417):

Uma primeira dimensão da integralidade, na prática se expressa exatamente na capacidade dos profissionais para responder ao sofrimento manifesto, que resultou na demanda espontânea, de um modo articulado à oferta relativa a ações ou procedimentos preventivos. Para os profissionais, isso significa incluir no seu cotidiano de trabalho rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas, posto que menos vinculadas à experiência individual do sofrimento. Para os serviços, isso significa criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer, para além das ações demandadas pela própria população a partir de experiências de sofrimento, ações voltadas para a prevenção.

Essa dimensão, realçada por Mattos, tem um aspecto importante para se refletir sobre a integralidade a partir das proposições do Movimento Sanitário e dos ordenamentos jurídicos existentes. Contudo, a proposição mais conseqüente à natureza da integralidade proposta envolveria a

¹⁰ Ver *A governamentalidade*. In: Foucault, 1979.

necessária participação dos usuários, como co-autores de uma demanda a ser construída plenamente e permanentemente. Isso requer a retomada radical do processo de escuta por partes dos profissionais da saúde, desde os níveis primários, secundários e terciários, assim como no nível do controle social, nos conselhos e em outros mecanismos mais ágeis para atendimento das demandas.

O argumento aqui tratado consiste em conceber a integralidade como dialogicidade para compreender a experiência de saúde-doença, esta entendida como expressão dos problemas trazidos pelos usuários do sistema, quer por meio de processo de escuta, quer através de pesquisas epidemiológicas planejadas a partir do que se tem sobre a localregião em que se atua.

Antes da tematização da integralidade, uma série de práticas de saúde em uso já indicava que a população recorria a seus saberes ou a práticas que vinham de fora. É quase impossível precisar razões para o uso de determinados saberes e não de outros ou mesmo de sua junção, de forma genérica, com a pretensão de explicar esse fenômeno tão presente no Brasil. Poderia-se indicar a insatisfação com determinada terapêutica ou a busca de um bem-estar maior como motivadores de fundo ou ainda outros sentidos decorrentes das experiências de saúde / doença vivenciadas pelos indivíduos.

A demanda por variadas práticas de saúde além do sistema médico oficial é apontada por alguns como esgotamento do modelo médico atual, a forma de funcionamento dos serviços, e num contexto maior, de investida da política neoliberal no campo da saúde (Luz, 2005). Mas, a partir do que foi apresentado, as condições históricas podem ser apresentadas como propiciadoras de uma demanda que privilegia práticas de saúde que hoje pressionam para o alargamento do sistema. A ação continuada desses atores sociais como curandeiros, parteiras, raizeiros caracteriza permanências no campo do cuidado que podem dialogar com os profissionais de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou documento extenso intitulado *Estratégias de la OMS sobre Medicina Tradicional* (2002- 2005) que em certo sentido motivou a Portaria 971/06 do Ministério da Saúde.

Como palavras finais deste paper retoma-se o que foi dito na sua introdução. A razão de experimentações no campo da Saúde é o maior bem-estar das pessoas e a resolutividade dos problemas manifestos de saúde. Não se trata mais de fazer disputas por espaços como a principal referência para se fazer política. Trata-se de buscar soluções para a superação do sofrimento humano, sem as proezas de Simão Bacamarte que via unilateralmente em todos a loucura que estava nele.

Referências

BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 2003.

CAMARGO Jr. Kenneth Rochel. *Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade*. In: Pinheiro, Roseni e Mattos, Araújo (org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2005.

BRASIL. *Constituição Federal do Brasil de 1988*. Curitiba: CEDCA, 2001.

_____. IBGE, *Censo 2000*. <www.ibge.gov.br>

_____. *Gestão Municipal de Saúde. Textos Básicos*. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: 2001.

_____. *Lei 8.080 (dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências)*. Presidência da República. Brasília: 1990. <<http://www.portaldasaude.gov.br>>.

_____. *Portaria 971/06 (aprova a Política Nacional de Prática Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde)*. Ministério da Saúde. Brasília, 2006-10-17. <<http://www.portaldasaude.gov.br>>.

_____. *8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Relatório Final*. <<http://www.portaldasaude.gov.br>>.

CUBA. *El plan del médico de la familia de Cuba*. Ministério de la Salud Pública. UNICEF/UNFPA/OPS/OMS, s/d.

FOUCAULT, Michel. *A arqueologia do saber*. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Univesitária, 2005.

_____. *O nascimento da clínica*. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

LATOUR, Bruno. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: UNESP, 2000.

LUZ, Madel. *A arte de curar versus a ciência das doenças*. São Paulo: Dynamis Editorial, 1996.

_____. *Cultura contemporânea e medicina alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX*. Physis, v. 15, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br.php>

MATTOS, Ruben Araújo. *Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (5), 2004, p. 1411-1416.

Revisão do texto: Teresa Cristina de Costa. Bacharel em Língua e Literatura Portuguesa – PUC-SP.