Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? [1]

Paulo Capel Narvai [2]

Introdução

'*Integralidade*' é termo polissêmico, embora quem recorra aos dicionários encontre definições cujos significados se assemelham ao que está no '*Aurélio*': "qualidade, condição ou atributo do que é integral; totalidade" (Ferreira 1999). Para o filólogo, a palavra '*integralidade*' vem do latim medieval (*integralitate*) e o termo '*integral*' é qualificativo que expressa algo "total, inteiro, global".

Não obstante a clareza dessa definição, há muitas conotações para o termo e basta uma rápida consulta na literatura científica para nos certificarmos de que, no âmbito da saúde, não existe consenso sobre o assunto. Logo, é indispensável que, ao fazer uso da palavra, cada um trate de explicitar o conceito que a ela atribui, em cada contexto específico, de modo que os enunciados façam sentido para os interlocutores. Neste ensaio, deliberadamente, farei isso apenas na parte final.

O tema proposto não se refere, contudo, a uma integralidade qualquer: trata-se da integralidade na '*atenção básica à saúde*'. Há várias dificuldades para lidar com o assunto pois '*atenção*' também é termo polissêmico; '*básico*' não explica muita coisa; e '*saúde*' é palavra que, desde sua definição pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tem se prestado a produzir mais calor que luz....

Passar como gato sobre brasas sobre essas questões, digamos, semânticas, para "ir direto ao ponto, tratar do que interessa, ocupar-se do que é relevante", como às vezes se faz, não ajuda muito. Ao contrário, trunca a comunicação entre os interessados no assunto e produz uma espécie de algaravia sanitária que, a pretexto de desenvolver a teoria, aumenta a confusão, pois certos enunciados restam ininteligíveis.

Minha hipótese neste ensaio, produzido com a finalidade de subsidiar um seminário durante o *Congresso Internacional de Odontologia do Rio de Janeiro (CIORJ) - 2005*, é que haja uma espécie de contradição em termos na expressão "*integralidade na atenção básica à saúde*" – pelo menos segundo os significados que tenho atribuído (ou compartilhado) a cada um desses termos.

Com a finalidade de aportar alguns elementos para o debate, irei me ocupar de cada uma das palavras que formam a expressão, e desta própria, cotejando-as analiticamente com o conteúdo de alguns documentos e as proposições de alguns autores, não sendo meu propósito fazer uma revisão crítica ou sistemática do tema.

Saúde

Quando, após a Segunda Guerra Mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) foi criada – e, posteriormente, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 7 de abril de 1947 (Scliar 1987) – foi preciso se definir o termo "*saúde*", pois, afinal, uma organização mundial estava sendo criada para lidar com o assunto. Na ocasião, a saúde foi definida como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença" (OMS 1960). Esta já se constitui numa definição clássica, largamente difundida, e amplamente criticada – ser utópica e pouco operacional são as críticas mais freqüentes.

A afirmação da saúde como sendo algo diferente do que simplesmente não apresentar doença destoa do senso comum. Para as pessoas, salvo exceções, tem saúde quem não está doente, e poucos se ocupam do tema para além disso. Mesmo entre acadêmicos não há consenso sobre os conceitos de "saúde" e "doença". A polêmica está acesa há muito tempo e nada indica que cessará em breve. A saúde como ausência de doença tem defensores não apenas entre profissionais da área mas também no meio acadêmico, conforme assinalado por Almeida-Filho & Jucá (2002) em suas considerações sobre a teoria funcionalista de Christopher Boorse. Para Minayo (1994), contudo, "saúde é um fenômeno clínico e sociológico, vivido culturalmente".

Embora a definição do termo seja uma questão em aberto no plano acadêmico, é aceitável que, em termos práticos e para fins operativos, no plano individual, a '*saúde*' é uma das dimensões de um processo complexo em que se alternam, dinamicamente, graus variados de disfunções ou anormalidades e de normalidades ou funcionalidades orgânicas, em que estas

---

[1] Trabalho apresentado no Congresso Internacional de Odontologia do Rio de Janeiro – CIORJ 2005, em 15/7/2005.

[2] Cirurgião-Dentista sanitarista; especialista, Mestre e Doutor em Saúde Pública; professor associado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP).

predominam sobre aquelas. Quando predominam graus diversos de anormalidades e disfunções há '*doença*'. Como estas últimas resultam não apenas de aspectos biológicos, mas das condições gerais da existência dos indivíduos, grupos e classes sociais, fala-se comumente em '*processo saúde-doença*', o qual abarca dimensões individuais e coletivas. Nesse processo, no plano individual, os momentos extremos seriam de um lado o tal "mais perfeito bem-estar" e, de outro, a morte.

Cabe assinalar ainda que a '*saúde*', resultante dessa complexa trama de fatores e relações, apenas em situações muito específicas resulta da disponibilidade e do acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, o '*direito à saúde*' deveria ser compreendido como algo muito mais abrangente e profundo do que, simplesmente, o "direito de acesso aos serviços de saúde" uma vez que as ações produzidas por esses serviços não resultam necessariamente, de modo direto e mecânico, em 'saúde', conforme noção predominante no senso comum e em muitos profissionais. Nessa perspectiva, embora indispensáveis para produzir conforto, controlar a dor e reduzir o sofrimento, os serviços teriam um papel apenas modesto na produção de melhores níveis de saúde.

É oportuno, também, registrar que os participantes da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília de 7/12/03 a 11/12/03, ao debater o direito à saúde deliberaram que "o conceito ampliado de saúde elaborado na 8ª CNS definia: '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'. Essa definição envolve reconhecer o ser humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida. O conceito de cidadania que a Constituição assegura deve ser traduzido nas condições de vida e na participação social da população. Essas condições, historicamente determinadas, devem, por sua vez, considerar: desigualdades, diversidades étnico-racial e cultural presentes na sociedade brasileira. Entretanto, no Brasil, é histórica e estrutural a divergência entre o desenvolvimento econômico e o desenvolvimento humano e social" (CNS 2004).

Os participantes da 12ª CNS afirmaram também que "a desigualdade social que se manifesta pela crescente concentração de renda, acarretando pobreza e exclusão social, constitui um desafio para garantir os direitos de saúde da população. Além disto no Brasil, os padrões de exclusão e a incidência da pobreza são também determinados pelas desigualdades de gênero, raça, etnia e geração. Neste sentido para efetivar o direito a saúde é necessário romper a espiral multidimensional que caracteriza esses vários processos de exclusão fruto da política macroeconômica. Depende, portanto, do provimento de políticas sociais e econômicas que assegurem desenvolvimento econômico sustentável e distribuição de renda, e de recursos materiais, cabendo especificamente ao Sistema Único de Saúde (SUS) a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades de forma eqüitativa, respeitando as diferenças. (...) Promover a eqüidade na atenção à saúde, reduzir as desigualdades regionais e ampliar a oferta de ações na área garantindo a universalidade do acesso aos mais afetados pelas desigualdades sociais (de gênero, raça, etnias, geração, populações itinerantes e vulneráveis) são os desafios postos para que o direito deixe de ser mais que declaração e passe a integrar o cotidiano da vida dos brasileiros."

Para os participantes do Primeiro Fórum Social Mundial da Saúde (FSMS), realizado em Porto Alegre, de 23/1/05 a 25/1/05, a saúde é "um direito humano, econômico, social e cultural diretamente vinculado ao direito fundamental à vida e portanto passível de ser exigido de forma imediata", questionando-se o "caráter de progressividade" em sua efetivação (FSMS 2005).

No Brasil o direito de todos à saúde foi formalmente consignado na Constituição da República em 1988. A *Carta* promulgada naquele ano reconheceu (art. 196) que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação." (Brasil 1988).

É significativo assinalar, nesse sentido, que os participantes do Primeiro FSMS declararam no documento final que "o neoliberalismo, como expressão de políticas econômicas centradas na acumulação do capital no mundo, e sua concentração em grandes corporações, é o principal fator gerador de sofrimento, doença e morte em escala mundial. Afirmamos que as políticas neoliberais são incompatíveis com o direito humano à saúde, pois os acordos comerciais e a atuação da Organização Mundial do Comércio – OMC, do Banco Mundial, e do conjunto das instituições financeiras internacionais, inclusive algumas das próprias agencias da ONU, vêm tratando a saúde como um produto comercial, condicionando o acesso à saúde à capacidade econômica das pessoas. (...) A mercantilização da saúde e sua submissão aos interesses comerciais e financeiros, mundiais e nacionais, violam sistemática e maciçamente o direito a ela, no momento em que excluem a maioria da população mundial das condições geradoras de saúde e do acesso aos serviços públicos fundamentais." (FSMS 2005).

Básico

A implementação das ações de competência do '*sistema de saúde*', tanto as programáticas quanto as de vigilância, se faz levando em conta os princípios da descentralização, regionalização e hierarquização, segundo níveis de atenção. Ainda que alguns autores critiquem essa lógica organizativa e de planejamento (Cecílio 1997), é inegável que são bastante difundidas entre sanitaristas e técnicos de saúde pública. É neste contexto, dos níveis de atenção, que faz sentido falar em "básico" no âmbito da saúde, daí decorrendo a expressão "atenção básica", função essencial da denominada Unidade Básica de Saúde (UBS), reconhecida como a unidade fundamental do SUS. Ou seja: não se pode pensar o '*sistema de serviços de saúde*' sem levar em conta o

papel e o conjunto das UBS. Vem daí o que se convencionou denominar '*rede básica de saúde*', encarregada da chamada '*atenção primária à saúde*' ou, conforme mencionado, '*atenção básica à saúde*'.

Atenção '*primária*' ou '*básica*' significa atenção *primeira* – não, necessariamente, atenção única. É esse o sentido do termo e não, como muitas vezes se ouve, atenção de baixa qualidade para problemas "simples". Sabe-se que, em saúde, o simples é muito relativo...

A própria noção de '*básico*' ou '*primário*', com o sentido de *primeiro*, supõe a existência de unidades de saúde encarregadas do que é '*secundário*' ou '*terciário*', ou seja, do que não é '*básico*'. No Brasil, mais recentemente, têm sido empregadas as expressões "atenção básica" e "atenção de média e alta complexidade" para conformar dois blocos bem distintos de tipos de serviços de saúde. Por essa razão, faz sentido falar em '*níveis de atenção*' quando se considera o conjunto das unidades de saúde que compõem o SUS, uma vez que os diferentes tipos de serviços que produzem permitem situá-las num determinado nível de atenção. Faz sentido, cabe enfatizar, neste contexto organizativo e operacional. A existência de diferentes '*níveis de atenção*' no interior do SUS (e de resto em sistemas de saúde bem organizados) decorre da racionalização do trabalho com vistas a potencializar os recursos disponíveis. De fato, não são necessários certos equipamentos ou certos especialistas em todos os lugares. Mas todas as pessoas de todos os lugares devem ter acesso a certos equipamentos e a certos especialistas sempre que precisarem deles. Assim, para que se possa assegurar o acesso e o atendimento dos indivíduos aos recursos que necessitam, é imprescindível que sejam estabelecidos mecanismos de *referência* e *contra-referência* por meio dos quais os usuários são encaminhados (referência) de uma unidade de saúde para outra, em geral de níveis de atenção diferentes. Porém, nada impede que esse encaminhamento se dê no mesmo nível de atenção. Uma vez realizado o atendimento o usuário é encaminhado de volta (contra-referência) para a unidade de saúde de origem.

Conforme mencionado, a UBS é tida como a *'porta de entrada'* do SUS. Mas esse fato não significa que a UBS é um lugar por onde as pessoas simplesmente '*passam*' em direção a outros níveis de atenção. Aliás, é o contrário: em sistemas locais de saúde bem organizados e dirigidos, a rede básica é responsável pela resolução de mais de 70% dos casos, desenvolvendo ainda uma série de ações com o objetivo de evitar o aparecimento de doenças na comunidade.

Aqueles que acham que é "simples" fazer esse trabalho enganam-se completamente. É um grande equívoco associar a complexidade de quadros patológicos e a sofisticação de equipamentos à complexidade do trabalho em saúde, concluindo que o trabalho na rede básica não é complexo por não envolver equipamentos sofisticados ou o atendimento de portadores de doenças raras ou de alta complexidade biológica. O trabalho na rede básica é, ao contrário, dos mais complexos na medida em que, para o seu bom planejamento, execução e obtenção de resultados satisfatórios, é necessário ter domínio e saber aplicar conhecimentos de várias áreas do campo das ciências sociais, combinando-os com os conhecimentos biológicos. Em determinadas situações, o mais experiente cardiologista pode simplesmente não saber o que fazer numa UBS...

A rigor essa exigência de domínio de todos os conhecimentos envolvidos na produção da saúde-doença, e não apenas dos aspectos biológicos, é feita ao conjunto dos profissionais de saúde que dão vida ao SUS seja qual for o nível de atenção em que atuam. Mesmo trabalhando diariamente numa unidade de terapia intensiva (UTI), por exemplo, ou num centro de especialidades odontológicas, é de grande importância que o trabalhador da saúde compreenda a gênese dos problemas com os quais lida no seu dia-a-dia. Assim, poderá contribuir com seus colegas de outros níveis de atenção quando for o caso e, sobretudo, não se tornando um trabalhador alienado que desconhece o significado social do que faz profissionalmente. Mas, quando se leva em conta a necessidade de, *ao mesmo tempo* em que se faz a assistência individual, *também* atuar sobre *todos os determinantes e condicionantes* dos níveis de saúde das comunidades, fica evidente o papel altamente relevante das UBS no SUS – ainda que muitas vezes isso não seja alcançado pelas ações desenvolvidas nas unidades.

É oportuno ainda destacar que, conforme se reconhece na Lei Federal 8.080/90 (art. 3°), "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" (Brasil 1990). Assim, para ser coerente com isso, deve-se enfatizar que é papel da UBS (ou seja, da equipe de saúde que lhe dá vida diariamente) desenvolver ou coordenar as *atividades relativas a todos esses aspectos*, para uma maior eficácia no enfrentamento dos problemas de saúde-doença na sua área de atuação. Logo, é competência da equipe de saúde de qualquer UBS conhecer e considerar o impacto que todos esses fatores têm sobre a saúde da população pela qual é responsável, tentando eliminá-los, ou pelo menos diminuí-los – ainda que ela não seja, evidentemente, responsável pela execução de ações diretas sobre esses aspectos, que competem a outros setores. Infelizmente, o cotidiano das nossas UBS está ainda muito distante desse ideal. Mas não há dúvida, porém, que é preciso ter clareza sobre essa situação ideal para, assim, buscá-la no dia-a-dia das ações de saúde pública.

Atenção

A saúde-doença envolve aspectos objetivos e subjetivos e decorre, conforme assinalado, de complexos causais nos quais estão envolvidas muitas variáveis. Algumas dessas variáveis se localizam no campo de competências dos profissionais de saúde (Dever 1984), sendo objeto da atuação dos serviços de

saúde – por extensão, dos serviços de saúde pública. Em conseqüência, os níveis de saúde de diferentes populações se definem (são determinados, no sentido probabilístico) "fora" do âmbito clínico-cirúrgico tão característico desses profissionais, desde suas origens mais remotas.

Contudo, reconhecer essa "determinação externa" dos níveis de saúde em termos populacionais não quer dizer, evidentemente, que as práticas de saúde "não têm qualquer importância". Essa constatação implica apenas admitir suas restrições, suas limitações enquanto prática social para interferir em variáveis decisivas nessa determinação. Também por essa razão as práticas de saúde pública precisam transcender aos serviços e mesmo ao sistema de saúde, desenvolvendo, concomitantemente, ações sobre todos os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. A rigor, portanto, '*sistema de saúde*' corresponde a algo mais abrangente, que extrapola o que comumente se denomina setor de saúde, e não se confunde, portanto, com '*sistema de serviços de saúde*', uma vez que o primeiro deve produzir ações intra e extra-setor de saúde, o segundo é restrito à produção de cuidados setoriais.

Mas serviços de saúde podem ter, se bem organizados e dirigidos, e contando com profissionais qualificados, importante significado e impacto ao lidar com diferentes tipos de incapacidades, entendidas como as impossibilidades, transitórias ou permanentes, de exercer uma ou mais funções orgânicas ou psíquicas. Por essa razão, é de grande importância prática organizar bons sistemas de serviços de saúde, administrar recursos com competência e manter atualizados os trabalhadores da saúde. Em resumo: planejar e organizar a '*assistência*' à saúde. Mas as práticas de saúde pública devem ir além da assistência aos indivíduos, sob as mais diferentes estratégias em curso, pois precisam se ocupar também da '*atenção*' à saúde.

Antes de prosseguir, um esclarecimento: é comum o emprego dos termos "*assistência*" e "*atenção*" de modo equivalente, quando os que os empregam se referem às práticas de saúde e de saúde pública. São utilizados como se fossem sinônimos. Em decorrência, fala-se em "atenção ao doente" ou em "modelo assistencial" como se essas expressões tivessem o mesmo significado, respectiva-mente, de "assistência ao doente" e "modelo de atenção"... Freqüentemente a comunicação em saúde se vê prejudicada porque termos e expressões, como os utilizados no exemplo, ficam desgastados pois a eles são atribuídos sentidos variados. Assim, há risco de se verem esvaziados de significado.

É conveniente que os termos, não obstante os sentidos que alguns deles têm em outras línguas, sejam empregados com sentidos precisos em língua portuguesa, de modo a melhorar a qualidade da comunicação e evitar ambigüidades e duplicidades de significados.

Para Narvai (1994) quando se fala em "*atenção à saúde*" pretende-se referir ao "conjunto de atividades intra e extra-setor saúde que, incluindo a assistência individual, não se esgota nela, atingindo grupos populacionais com o objetivo de manter a saúde, e requerendo ações concomitantes sobre todos os determinantes da saúde-doença". Ainda segundo esse ponto de vista, a "*assistência*" corresponde ao "conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, doentes ou não". Assim, '*atenção*' e '*assistência*' seriam termos aos quais corresponderiam distintos significados não se devendo utilizá-los como sinônimos ou equivalentes, sobretudo ao abordar as políticas, o financiamento, o planejamento e a administração em saúde.

Admitindo-se esse referencial, conceber e implementar modelos de atenção à saúde requer muito mais que, simplesmente delinear e gerir sistemas assistenciais (o que não é pouco, convém assinalar). Entretanto, dado que muitas ações importantes para a '*atenção à saúde*' são decididas e planejadas fora do denominado '*setor saúde*' – como, por exemplo, o saneamento básico, a habitação e a geração de emprego e renda, para não mencionar apenas a educação –, freqüentemente resta aos encarregados do planejamento e gestão da saúde tomar decisões sobre sistemas assistenciais. Mas é crucial que estes, sem descuidar do '*modelo assistencial*', articulem tais ações a um conjunto mais amplo de medidas de modo que os '*modelos de atenção*' à saúde consigam, de maneira efetiva, produzir socialmente a saúde coletiva sem reduzir o modelo de atenção ao sistema assistencial. O que fazer e como conseguir isso depende de complexos processos sociais e políticos cuja discussão e análise transcendem aos objetivos deste ensaio. Apenas para indicar um exemplo, tomemos o impacto que água tratada tem sobre os níveis de morbidade e mortalidade em qualquer comunidade. E, embora tratar a água não seja uma ação de '*assistência*' à saúde é, certamente, uma ação de '*atenção*' à saúde.

Integralidade

Ao contrário do que se costuma encontrar na literatura sobre o assunto a Constituição brasileira de 1988 não fala em '*integralidade*' – em nenhuma integralidade, aliás, muito menos em integralidade na atenção à saúde. A *Carta Magna* determina (art. 198, II) que, em termos de saúde, haja "atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais". Assim, o '*atendimento*' (quer dizer, as ações no âmbito da assistência) deve ser integral, ou seja, conforme o '*Aurélio*', "total, inteiro, global" (Ferreira 1999). Para isso, deve funcionar (bem...) o sistema de serviços de saúde, com adequados mecanismos de referência e contra-referência, nos termos comentados anteriormente. Note-se que no texto constitucional tanto as '*atividades preventivas*' quanto os '*serviços assistenciais*' (com o inequívoco sentido de '*atividades terapêuticas*', pois é deste binômio *prevenção-terapia* que se trata) encontram-se subordinadas ao '*atendimento*' (ou seja, à "assistência" ao indivíduo).

Mas integrar serviços não garante, *per se*, integralidade ao '*sistema de saúde*', ainda que contribua para melhorar o desempenho do '*sistema de serviços de saúde*' – ou "da rede", como se costuma dizer.

Assim, é preciso reconhecer que neste trecho (art. 198, II) a Constituição não dá conta da integralidade, mas cuida de outro princípio. Aliás, cuida bem, mas de outra coisa.

Na lei orgânica da saúde (lei 8.080/90) há uma única referência à integralidade (art. 7º, II). O artigo determina que as ações devem ser realizadas, tanto nos "serviços públicos de saúde" quanto nos "serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS", obedecendo ao princípio da "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 do sistema" (Brasil 1990a).

Em relação ao texto constitucional a lei 8.080 aparentemente "avança" em direção à integralidade, quando menciona "serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos", por conta da abrangência inerente aos termos 'preventivo' e 'coletivo'. Mas ao falar em '*assistência*' e em '*cada caso*' remete-se à noção restrita de 'sistema de saúde' como equivalente a 'sistema de serviços de saúde'... Perde-se a perspectiva da '*atenção à saúde*' como tarefa de toda a sociedade, do conjunto do sistema produtivo e da organização da vida social; enfim, como tarefa para a sociedade civil e para o Estado. Perde-se assim a perspectiva do conceito ampliado de saúde.

Felizmente, o próprio texto constitucional (art. 196) ao dizer que as políticas sociais e econômicas devem visar "à redução do risco de doença e de outros agravos" e ao afirmar a garantia do "acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil 1988) aponta, inequivocamente, para a perspectiva da '*atenção*' ao não reduzir a produção da saúde à '*assistência*'. Reconhece que a saúde e a doença são, em larga medida, produzidas socialmente. Embora o termo integralidade não esteja explicitado não resta dúvida de que é disso que se trata. Ficou estabelecida, assim, a necessidade de ações intersetoriais que seriam, posteriormente, objeto de regulamentação nos artigos 12 e 13 da lei 8.080/90, como um dos meios para a construção da integralidade.

Desta forma, para dar conseqüência à exigência legal, é decisivo levar em consideração o conceito de '*atenção*' ("conjunto de atividades intra e extra-setor saúde que, incluindo a assistência individual, não se esgota nela, atingindo grupos populacionais com o objetivo de manter a saúde, e requerendo ações concomitantes sobre todos os determinantes da saúde-doença"). Sobretudo, é importante assinalar que, para o conceito central na reflexão que se faz neste ensaio (o de '*integralidade*') constitui exigência *sine qua non* que o sistema de saúde desenvolva "ações concomitantes sobre todos os determinantes da saúde-doença". Isso não é um elemento apenas retórico, uma firula de texto, mera filigrana, mas uma exigência conceitual substantiva. O mesmo se aplica ao complemento "todos os determinantes". Não basta atuar apenas sobre alguns determinantes – os mais fáceis, os "operacionalizáveis" intra-setor saúde. Isso ajuda a resolver os problemas de algumas pessoas, de alguns grupos sociais – e é relevante, sem dúvida. As elites brasileiras, por exemplo, não têm porque se preocupar com a integralidade do sistema, pois desde sempre resolvem em separado seus problemas de saúde... Quando a perspectiva não é a das elites (como é o caso deste autor) mas do conjunto da sociedade, então não é possível falar em integralidade sem pensar na necessidade de "ações concomitantes sobre todos os determinantes da saúde-doença". Não é possível falar em integralidade quando se fragmentam ações individuais e coletivas, quando se opõem ações preventivas e terapêuticas e quando, desconsiderando conhecimentos científicos atuais, algumas ações são desenvolvidas e outras, mesmo sendo possíveis, não – apenas para não contrariar interesses de poderosos. Para não ser enfadonho com longa lista de exemplos, basta ver como "não andam" no Brasil as reformas agrária e urbana e deduzir o impacto que poderiam ter sobre os níveis de saúde.

Pessoas e populações necessitam, concomitantemente, de ações individuais e coletivas, e de ações preventivas e terapêuticas. Essa amplitude não é conseguida pela assistência, apenas pela atenção – ou seja: as ações requeridas para enfrentar adequadamente o desafio de resolver problemas de saúde-doença levando-se em conta os conhecimentos atuais não são apenas aquelas desenvolvidas pelos serviços de saúde. É preciso analisar, no país como um todo, em cada estado, em cada município, em cada território, como o '*sistema de serviços de saúde*' se articula com ações desenvolvidas fora desse sistema (extra-setor saúde) para, então, avaliar os rumos da integralidade em cada uma dessas dimensões. Não obstante, conforme mencionado, a assistência tem papel relevante ao lidar com as incapacidades e na produção do conforto, no controle da dor e na redução do sofrimento – e isso é muito; em várias situações, aliás, é tudo o que se quer naquele momento.

Porém, se o processo saúde-doença é explicado a partir do modo como a sociedade organiza o processo produtivo e a vida social, e decorre das condições gerais de vida, conforme reiterado na 12ª CNS (2004) e no Primeiro FSMS (2005), então é indispensável que a construção da integralidade torne possível desenvolver "ações concomitantes sobre todos os determinantes da saúde-doença" – e estratégias intersetoriais são poderosos instrumentos para isso.

Numa das definições de '*atenção*' que estão no '*Aurélio*', o consagrado dicionarista brasileiro afirma que o termo se refere à "aplicação cuidadosa da mente a alguma coisa; cuidado, concentração, reflexão, aplicação" (Ferreira 1999). Se aceitarmos essa '*aplicação cuidadosa da mente*' para a resolução dos problemas de saúde-doença, é um imperativo lógico admitir que não basta

operar no âmbito da assistência – da realização de ações individuais e coletivas intra-setor de saúde. Não é suficiente realizar esforços apenas no âmbito da rede de serviços de saúde. Ao contrário, é preciso, coerentemente, atuar mais amplamente. Assim, as ações articuladas, desenvolvidas concomitantemente em todos os setores, devem produzir saúde – e não doença –, no processo cotidiano de produção de bens e serviços no conjunto da sociedade – ou seja, pensar e planejar a saúde de tal sorte que o conjunto do sistema produtivo opere segundo a lógica da "atenção". Daí ser a '*integralidade*' uma qualidade inerente à '*atenção*' (tal como entendida neste ensaio) e não algo à parte, uma característica que o atendimento (a assistência...) deve ter para, então, ser 'bom' e 'adequado'.

Contudo, a qualidade da atenção pode ser melhorada: atuando-se no nível da assistência, integrando a rede de serviços, desenvolvendo recursos humanos, qualificando a gestão, dotando-a de equipamentos e outros recursos, e "humanizando" o atendimento... Tendo em vista o quadro atual do SUS na maioria dos municípios brasileiros, tudo o que se puder fazer valerá a pena, dada a precariedade dos serviços de saúde e as enormes dificuldades enfrentadas diariamente pelos trabalhadores, decorrentes do financiamento inadequado, da má qualidade da gestão e, em muitos casos, do deliberado sucateamento patrocinado por grupos políticos que se opõem ao SUS e defendem a privatização da saúde (Narvai 2005).

Mas não parece adequado falar em integralidade se, ainda que seja 'integral' o 'atendimento' (mais 'humano', se o leitor preferir), as políticas sociais e econômicas não "fizerem a sua parte" no processo. Claro que, nesta perspectiva, não faz qualquer sentido falar em integralidade na '*atenção básica*', uma vez que o pressuposto é que, sem as ações necessárias em todos os níveis de atenção, não se deveria falar sequer em '*atendimento integral*' muito menos em '*integralidade*'. Num certo sentido a integralidade "começa" (nem sempre...), mas não "termina", nas ações assistenciais. É preciso mais, em outras esferas, em outras dimensões da vida social e política, transcendendo, e muito, os serviços de saúde.

Concluo reafirmando que reconheço a polissemia do termo '*integralidade*' e que os conceitos e a reflexão levada a cabo neste ensaio têm a pretensão de contribuir de algum modo com os debates sobre o assunto. Trata-se apenas de *uma* – não a *única* – interpretação do termo. Longe de mim qualquer perspectiva integrista ao falar de integralidade.

REFERÊNCIAS

1. Almeida-Filho N, Jucá V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. Ciência & Saúde Coletiva 2002; 7(4):879-89.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal-Centro Gráfico; 1988.
3. Brasil 1990a. Congresso Nacional. Lei Federal nº 8.080, de 19/09/1990. Diário Oficial da União 20 set. 1990, p.18055.
4. Brasil 1990b. Congresso Nacional. Lei Federal nº 8.142, de 28/12/1990. Diário Oficial da União 31 dez. 1990, p.25694.
5. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública 1997; 13(3):469-78.
6. [CNS] Conferência Nacional de Saúde, 12ª. Brasília; 2003. Relatório final. Brasília: MS-CNS; 2004. (Série D – Reuniões e Conferências)
7. Dever GEA. Epidemiology in health services management. Rockville, MD: Aspen System Corporation; 1984.
8. Ferreira ABH. Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.
9. [FSMS] Fórum Social Mundial da Saúde, 1°. Posição Final. Porto Alegre; 2005
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1994.
11. Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994.
12. Narvai PC. Planos de saúde. Planos? Saúde? Jornal da ABOPREV 1998; 9(2):5-6.
13. Narvai PC. Saúde e eleições. Jornal da USP 2005; 20(724):2.
14. [OMS] Organização Mundial da Saúde. Documentos básicos. 10.ed. Genebra: OMS; 1960.
15. Scliar M. Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública. Porto Alegre: L&PM; 1987.

Narvai PC. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: Garcia DV (org). Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO; 2005. p.28-42.