

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**PATRÍCIA FREITAS SCHEMES ASSUMPCÃO**

**A INTEGRALIDADE EM SAÚDE E O DEBATE DO SERVIÇO SOCIAL**

**FLORIANÓPOLIS**

**2007**

PATRÍCIA FREITAS SCHEMES ASSUMPÇÃO

## **A INTEGRALIDADE EM SAÚDE E O DEBATE DO SERVIÇO SOCIAL**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Regina Célia Tamasso Mito.

**FLORIANÓPOLIS**

**2007**



## AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro que garantiu dedicação exclusiva na elaboração desta dissertação.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, especialmente à querida Profa. Dra. Heloísa Maria José de Oliveira.

À Regina por acreditar em mim, propor desafios que seriam impossíveis de cumprir sem a sua sabedoria e conhecimentos me guiando sempre. Por ser mais que uma professora, uma pessoa que me compreendeu em toda a minha integralidade nos momentos de crise, de pré-casamento e de distância. Você é demais!

Aos professores membros da banca: Prof. Dr. Helder, Profa. Dra. Maria Virgínia e Profa. Dra. Maria Teresa. Muito obrigada pela disposição, atenção e contribuições para com este trabalho.

Ao Núcleo de Estudos em Políticas Públicas (NESPP/UFSC), pelo conhecimento agregado e crescimento acadêmico. Em especial às colegas Luiza Gerber e Fran Alves.

Às alunas da 5ª fase do curso de Serviço Social semestre 2007.1, por me receberem na disciplina Processo de Trabalho no Serviço Social: famílias e segmentos sociais vulneráveis, no período do estágio de docência.

A todos os colegas do mestrado, em especial:

- Valter Martins, por seu desempenho brilhante enquanto representante discente e por ser uma pessoa muito especial;
- Fer Borba e Cláu Chupel, por serem amigas de todas as horas inclusive nas férteis e inférteis intelectualmente. Obrigada por compartilhar o choro e as gargalhadas e por sempre terem uma palavra amiga;
- Lis Preuss, muito obrigada pelo incentivo e otimismo nos momentos de maior dificuldade na composição do trabalho;
- Dani Manfrini, por continuar sendo um exemplo pra mim.

A todos os amigos de perto e de longe que torceram e colaboraram de alguma forma, em especial:

- As meninas do “apê”: Mila, Bia, Eve e Lara que me hospedaram com tanto carinho;
- Ana “Banana”, por ser mais que amiga, por ser irmã;
- Cíntia, por não ter chegado nem cedo e nem tarde, mas na hora certa. Obrigada pela companhia, pelo *notebook*, pelo incentivo decisivo na reta

final;

- Ao Andrew e à Cora, por todo o apoio e amizade real e virtual e pela tradução do resumo.

A todos os meus familiares e principalmente aos meus pais, Orli e Nadir, pelo apoio incondicional em todos os sentidos e por compreenderem minha ausência. Sem vocês certamente eu não estaria aqui, pois são essenciais na minha vida.

À Elisa, minha irmã, pelas discussões teóricas e de irmãs mesmo. Pelo exemplo de pesquisadora e de pessoa íntegra. Continuo querendo ser igual a você quando crescer.

Ao Taybar, meu esposo, aquele que bem de perto acompanhou os momentos mais importantes, e de certa forma, as conquistas e concretizações mais difíceis da minha vida nos últimos anos e ainda não desistiu de mim. Eu escolhi te amar pra vida toda, obrigada por compartilhar comigo da mesma decisão.

E, finalmente a Deus por Sua infinita grandeza, bondade e graça que me alcançaram. “Graças te dou, visto que por modo assombrosamente maravilhoso me formaste; as tuas obras são admiráveis e a minha alma o sabe muito bem. Os teus olhos me viram a substância ainda informe e no teu livro foram escritos todos os meus dias, cada um deles escrito e determinado, quando nem um deles havia ainda” (Salmo 139).

*Chega mais perto e contempla as palavras.  
Cada uma tem mil faces secretas sob a face neutra e te pergunta, sem interesse pela resposta,  
pobre ou terrível, que lhe deres: trouxeste a chave?*

*Carlos Drummond de Andrade.*

## RESUMO

ASSUMPTÃO, Patrícia Freitas Schemes. A integralidade em saúde e o debate do Serviço Social. **Dissertação de Mestrado em Serviço Social**. Florianópolis: UFSC/CSE/PGSS, 2007. Orientadora: Regina Célia Tamasso Miotto.

Este trabalho coloca em discussão o princípio doutrinário do SUS, a Integralidade e o debate do Serviço Social pós Movimento de Reconceituação. Para tanto nos utilizamos de uma pesquisa bibliográfica sobre o debate atual da Integralidade e do Serviço Social. Com o intuito de compreender a gênese da política de saúde no Brasil e seus desdobramentos no decorrer da história, iniciamos o trabalho com uma contextualização desta política, que teve nas primeiras décadas de 1900 seu início, passou por diversos processos e no final do mesmo século teve seu ápice com a promulgação da Constituição Federal e posteriormente a criação do SUS. Destacamos neste âmbito o Movimento da Reforma Sanitária que influenciou a consolidação de um novo paradigma de saúde no país, baseado no direito à saúde e principalmente voltado para a compreensão de que a saúde é resultante de um conjunto de fatores, como a educação, a habitação, o saneamento, o lazer, etc. Neste bojo de discussões e de reivindicações da sociedade civil em conjunto com os militantes da Reforma Sanitária, a política de saúde vai se delineando até alcançar a forma do SUS, que tem seus princípios firmados constitucionalmente. Formam parte destes princípios a Integralidade, a Universalidade e a Equidade. A integralidade, foco de nosso estudo, é compreendida pelos autores como um conceito polissêmico, sendo que o significado constitucional que lhe é atribuído não se faz suficiente para abarcar as implicações teóricas e práticas que este princípio exige. Deste modo destacamos alguns dos sentidos atribuídos à Integralidade em sua interface com a área da saúde, presentes na assistência à saúde, no exercício e na formação profissional. Com relação ao Serviço Social destacamos brevemente sua trajetória no Brasil e a inserção dos profissionais no campo da saúde, considerado desde o início da profissão no país como importante local de atuação, e que se tornou o espaço profissional com maior presença de assistentes sociais. O fato de a Integralidade fazer parte da ação profissional do assistente social em todos os campos de atuação e principalmente na saúde, levou-nos a buscar na teoria crítica dialética o respaldo necessário para encaminhar a discussão. Não poderíamos fazer outra escolha senão pela teoria crítica de Marx, pois esta é a base teórica fundamental do Serviço Social desde o Movimento de Reconceituação. Deste modo entendemos que a mesma é a “bússola” teórico-metodológica norteadora da profissão em conjunto com os preceitos ético-políticos contidos no Código de Ética. Para sedimentar a importância da teoria crítica em nosso trabalho, destacamos o método marxista de compreensão da realidade com ênfase na categoria da totalidade e seu desdobramento na singularidade, particularidade e universalidade. Procuramos com este arcabouço teórico-metodológico contribuir em três aspectos para a discussão da Integralidade em saúde e o Serviço Social; no aspecto da fundamentação teórica, do exercício profissional direcionado para uma prática que privilegia a Integralidade conforme os preceitos estabelecidos na Reforma Sanitária e da formação profissional entendida como preponderante na consolidação dos princípios profissionais.

**Palavras-chave:** Integralidade em Saúde, Serviço Social, Teoria Crítica Dialética, Projeto Ético-político.

## ABSTRACT

ASSUMPCÃO, Patrícia Freitas Schemes. Integrality in Health Care and the Debate in the Social Services. **Dissertation for Master's Degree in Social Services**. Florianópolis: UFSC/CSE/PGSS, 2007. Professor: Regina Célia Tamaso Miotto PhD.

The purpose of this dissertation is to discuss Integrality, the fundamental principle of the SUS (Sistema Único de Saúde, the Brazilian National Health System) and the debate in the Social Services since the “Movimento de Reconceituação” (the progressive rethinking in the profession since the 1960s). To this end we use a bibliographical study of current debate on Integrality and the Social Services. In order to understand the beginnings of health policy in Brazil and its historical development, we seek to see this policy in its historical context, with its genesis in the first decades of the twentieth century, passing through various changes and at the end of the same century reaching its climax in the formulation of the Federal Constitution and afterwards the creation of the SUS. In this context we emphasise the Movimento da Reforma Sanitária (Sanitary Reform Movement) which influenced the development of a new paradigm for Healthcare in the country, based on the right to health and principally focussed in the understanding that health is the result of many factors, such as education, housing, sanitation, leisure etc.. In the melting pot of debate and demand in society, stimulated by militants of the Sanitary Reform Movement, health policy was progressively forged until it took shape as the SUS, which has its principles defined in the Constitution. Basic to these principles are Integrality, Universality and Equality. Integrality, the focus of our study, is understood by writers in the field as a polysemic concept, given that the meaning attributed to it in the Brazilian Constitution is not broad enough to embrace all of the theoretical and practical implications which the principle demands. In the present work we discuss some of the meanings given to Integrality in the Health Service, and the work and training of health professionals. We focus briefly on the history of Social Services in Brazil and the involvement of professionals in the health care field, considered since the beginnings of the profession as an important area of work, and which evolved into the professional area with the largest number of Social Workers. The fact that Integrality is a core-value for Social Workers in all fields but principally in health care led us to look to critical dialectic theory as a necessary basis for the development of the discussion. There is no other choice open other than the critical theory of Marx, given that this is the fundamental theoretical basis in the Social Services since the Movimento de Reconceituação, and in the same way we understand that the same theory is the theoretical and methodological compass that orientates the profession in conjunction with the ethical-political principles contained in the Código de Ética (the ethical code of the profession). In order to ground the importance of critical theory in our work we outline the Marxist method and world-view with emphasis on the category of Totality and its outworking in Singularity, Particularity and Universality. We seek through this theoretical-methodological basis to contribute in three ways to the discussion of Integrality in health care and the Social Services: in terms of their theoretical basis, in the outworking of this basis in a professional practice that highlights Integrality in line with the principles established in the Movimento da Reforma Sanitária, and in the academic preparation of professionals understood as being of overwhelming importance in the consolidation of the principles of the profession.

**Key-words:** Integrality in Health Care, Social Services, Critical Dialectic Theory, Ethical Political Project

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões  
SUS – Sistema Único de Saúde  
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões  
MS – Ministério da Saúde  
PSF – Programa de Saúde da Família  
FMI – Fundo Monetário Internacional  
PPA - Plano Plurianual  
PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar  
PNH – Política Nacional de Humanização  
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde  
DST – Doença Sexualmente Transmissível  
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida -  
LAPPIS – Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde  
IMS – Instituto de Medicina Social  
UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro  
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares  
ABAM- Associação Brasileira de Medicina Antroposófica  
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura  
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
LBA – Legião Brasileira de Assistência  
ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social  
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social  
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social  
CFAS – Conselho Federal de Assistentes Sociais

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E OS PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS.....</b>	<b>19</b>
2.1 Integralidade no contexto da política de saúde.....	31
<b>3 O DEBATE DA INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....</b>	<b>36</b>
3.1 Integralidade como “imagem-objetivo”.....	36
3.2 Articulação entre prevenção e assistência à saúde.....	37
3.3 A Integralidade em práticas alternativas.....	41
3.4 A Integralidade como articulação dos serviços - intersetorialidade.....	49
<b>4 O DEBATE DA INTEGRALIDADE E O EXERCÍCIO PROFISSIONAL.....</b>	<b>56</b>
4.1 A Integralidade como prática profissional não-fragmentada.....	56
4.2 A Integralidade como trabalho em equipe.....	61
4.3 A Integralidade na formação profissional.....	67
<b>5 APORTES TEÓRICO-METODOLÓGICOS DO SERVIÇO SOCIAL PARA A DISCUSSÃO DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE.....</b>	<b>71</b>
5.1 Considerações acerca dos elementos da teoria crítica.....	71
5.2 A perspectiva crítica dialética no Serviço Social: a questão da totalidade.....	80
5.3 Processo de apropriação da teoria crítica no Serviço Social.....	84
<b>6 POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL PARA A DISCUSSÃO DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE.....</b>	<b>94</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>106</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A inserção dos assistentes sociais na área da saúde se dá de forma expressiva desde os primórdios da profissão no Brasil. Com a formulação da política nacional de saúde nos anos de 1930, a requisição por profissionais de Serviço Social foi significativa e eles ocuparam inicialmente espaços institucionais como hospitais e ambulatórios. Gradativamente a área da saúde tornou-se a que mais emprega assistentes sociais.

Para Bravo (2006) a inserção do Serviço Social na área da saúde inicia com a ação pioneira do Serviço Social no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, em 1943, denominado Serviço Social Médico. Fazem parte da ação profissional neste campo, a racionalidade técnica e os novos conhecimentos do Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade, influenciados pelos assistentes sociais norte-americanos.

A partir de 1945, houve uma expansão do Serviço Social no Brasil influenciado pelo quadro mundial que acompanhava o fim da Segunda Guerra Mundial. Bravo e Matos (2006), importantes interlocutores no que se refere às pesquisas, estudos e publicações sobre o tema Serviço Social e Saúde, apontam que na década de 1940 a ação profissional nesta área ampliou-se significativamente, e transformou-se na esfera que mais absorveu os assistentes sociais. Os autores atribuem tal expansão a fatores como: a adoção de um conceito ampliado de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948 o qual requisitou a atuação de vários profissionais, inclusive de assistentes sociais, por haver-se dado enfoque ao trabalho em equipe multidisciplinar. Coube ao Serviço Social enfatizar “a prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde”, e atuar em programas estabelecidos pelas normatizações da política de saúde (BRAVO e MATOS, 2006, p. 29).

Outro fator diz respeito à contradição causada pela Política Nacional de Saúde vigente naquele momento, pois a mesma não era de caráter universal e desta maneira instalou-se uma incoerência entre demanda e oferta de serviços gerando seletividade e exclusão nos atendimentos. É com a finalidade de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde e benefícios da previdência que o assistente social é chamado para trabalhar em hospitais, interpondo-se entre a instituição e a população.

Nas décadas de 1950 e 1960 surgem nos Estados Unidos a medicina integral, a medicina preventiva e a medicina comunitária que influenciaram os rumos da saúde no Brasil; porém, não exerceram influência sobre o trabalho dos assistentes sociais, os quais

prossegiram trabalhando em hospitais e ambulatórios, concentrando suas ações no nível curativo e hospitalar prioritariamente. Apesar de centros de saúde terem sido criados em 1920, somente em 1975 é que assistentes sociais foram inseridos na equipe formada por médicos, enfermeiros e visitadores.

O fato de a profissão ser introduzida tão tardiamente em esferas de atuação diferentes do nível hospitalar e curativo levou Bravo e Matos (2006, p. 30) a sugerir algumas hipóteses, vejamos:

A exigência do momento concentrava-se na ampliação da assistência médica hospitalar e os profissionais eram importantes para lidar com a contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. Nos centros de saúde, os visitadores conseguiam desenvolver as atividades que poderiam ser absorvidas pelo assistente social. Outro componente relaciona-se à pouca penetração da ideologia desenvolvimentista no trabalho profissional na saúde. Uma ação considerada importante para os assistentes sociais é a viabilização da participação popular nas instituições e programas de saúde. Esta atividade, entretanto, só teve maior repercussão na profissão nos trabalhos de desenvolvimento de comunidade. O Serviço Social Médico, como era denominado, não atuava com procedimentos e técnicas do Desenvolvimento de Comunidade, mas sim, e prioritariamente, com o Serviço Social de Casos, orientação inclusive da Associação Americana de Hospitais e da Associação Americana de Assistentes Médico-Sociais. A participação só era visualizada na dimensão individual, ou seja, o engajamento do “cliente no tratamento”.

A partir de 1960 uma série de mudanças veio dar novos rumos ao Serviço Social brasileiro. Até aquele momento a profissão seguia direcionamentos estabelecidos pelo chamado bloco conservador hegemônico que dominava a produção do conhecimento, as entidades organizativas<sup>1</sup> da profissão e o trabalho profissional. No entanto, a manifestação de assistentes sociais com posicionamentos progressistas, questionadores do Serviço Social conservador começam gradativamente a produzir debates respaldados pelas ciências sociais e humanas. O tema dessas discussões estava pautado no desenvolvimento e nas repercussões do Serviço Social na América Latina que adiante colocaria na roda dos debates o caráter ajustador e assistencial das práticas importadas de outras experiências.

Em meados de 1970, o movimento iniciado pelos assistentes sociais com o objetivo de repensar a profissão no Brasil corre paralelamente com outro movimento ocorrido na área da saúde que também tinha cunho de mudança e luta por direitos: o Movimento Sanitário.

---

1 Bravo e Matos (2006) citam como entidade da categoria a Associação Brasileira de Assistentes Sociais (ABAS) criada em 1940 e a Associação de Ensino (ABESS) criada em 1946.

Como já vimos esse período é regido pela ditadura militar, momento em que nas palavras de Matos (2003, p.86) “vivia-se sob o teto de um regime autoritário”.

O Serviço Social recebe influências da conjuntura desse período; porém está voltado ao processo interno de revisão, no qual se deparava com o questionamento e negação do Serviço Social tradicional. O processo de renovação da profissão está interligado à conjuntura mundial e tinha por intuito a busca por uma mudança nos rumos societários a serem seguidos. Todavia, destaca-se o fato de o processo de renovação ter sido um movimento totalmente voltado para uma revisão interna, não possibilitando sua articulação com outras questões de extrema importância na sociedade. Bravo e Matos (2006, p. 34) explicam:

O processo de renovação do Serviço Social no Brasil está articulado às questões colocadas pela realidade da época, mas, por ter sido um movimento de revisão interna, não foi realizado umnexo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela Reforma Sanitária. Na nossa análise esses são os sinalizadores para o descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde.

Na década de 1980 o descompasso que vinha se apresentando entre Serviço Social e o movimento mais amplo na área da saúde transformou-se aos poucos. Além disso, essa década representou para a profissão o início de um amadurecimento que culminou nas consonâncias posteriormente estabelecidas no plano acadêmico, e no das entidades representativas da categoria, tendo como base as interlocuções com a teoria e metodologia marxistas. Porém, na opinião de Netto (1996), houve ainda uma lacuna que se instalou e que naquela década dividiu o plano teórico-prático profissional devido ao fato de a maioria dos profissionais adeptos da vertente marxista estar eminentemente inserida nas universidades, isto é, a nova base teórico-metodológica aderida oficialmente pela profissão não se refletiu ou não se fez efetiva no plano dos serviços.

Bravo (2006) concorda com Netto e aponta que com a finalidade de superar tais disparidades ocorridas nos anos de 1980, nos quais o Serviço Social cresceu na busca de fundamentação e consolidação teóricas, e ao mesmo tempo apresentou poucos efeitos na intervenção; é preciso voltar-se para a ação profissional e fazer dela prioridade, uma vez que esse fato reflete na atuação do Serviço Social na área da saúde. Bravo avalia que algumas mudanças ocorridas, como a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 1985 a 1989, foram considerados insuficientes, pois o Serviço Social adentra a década de 1990 com alterações não

significativas da prática institucional e prossegue desarticulado do Movimento da Reforma Sanitária.

Os anos de 1990 são marcados pela forte entrada do projeto neoliberal no país. Matos (2003, p.90 e 91) comenta que tal estratégia de rearticulação do capital, trouxe também:

[...] a defesa de um Estado mínimo para as questões do social, a promoção de uma reestruturação do mundo do trabalho, em que a precarização e a drástica redução das conquistas sociais e trabalhistas são propostas em nome de uma adaptação inexorável aos novos ditames mundiais. O discurso predominante passa a ser o de que a globalização é um fato incontestado, que atinge a todos, sendo necessário um conjunto de esforços nessa realidade. [...] Tendemos a pensar diferente: o projeto neoliberal, as estratégias de globalização e a reestruturação produtiva não são mais que uma fase tática de sobrevivência e de manutenção do capitalismo, frente a sua crise estrutural.

Apesar da tensão entre o projeto neoliberal e o projeto da Reforma Sanitária na década de 1990, o Serviço Social continua desarticulado, enquanto categoria, do Movimento Sanitário, apenas reconhece-se no interior da profissão a importância do engajamento nas questões do Sistema Único de Saúde (SUS). Matos (2003) explica que atrelada às questões internas do Serviço Social e suas debilidades, está também a investida ideológica no âmbito da saúde coletiva, que recupera a questão do indivíduo, e do universo micro em detrimento do universo macro; causando prejuízos à concepção inicialmente defendida e consolidada pelo Movimento Sanitário.

Ao longo dos anos 1990 foram publicados livros e diversos artigos e inclusive criados periódicos com o intuito de debater o tema específico de Serviço Social e Saúde. Ainda, dissertações e teses foram defendidas abordando o assunto e foram realizados diversos eventos em âmbito nacional onde não somente a questão saúde esteve presente, mas também uma discussão da seguridade social como um todo.

Pode-se dizer que nessa década instalaram-se no seio das políticas sociais, e neste caso na política de saúde, dois projetos oponentes: o privatista e o da Reforma Sanitária. Ambos tiveram reflexos na atuação dos assistentes sociais, influenciaram suas práticas e o modo de pensá-las teoricamente. O primeiro é radicalmente opositor não somente ao projeto da Reforma Sanitária como ao projeto ético-político do Serviço Social, por requisitar dos profissionais ações como: “seleção socioeconômica, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através

da ideologia do favor e predomínio de abordagens individuais”. Já o segundo projeto apresenta como demandas para a atuação dos assistentes sociais as seguintes questões:

busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (BRAVO E MATOS, 2006, p. 36).

Entretanto, bem como anteriormente destacamos nas palavras de Netto, há um distanciamento em relação às produções teóricas dessa época e as práticas desenvolvidas pelos profissionais inseridos nos serviços; e este é um ponto crucial ao qual daremos ênfase por compreender a necessidade de uma prática profissional voltada às prerrogativas defendidas pela profissão e pelos projetos complementares (como o da Reforma Sanitária) integrantes do fazer cotidiano.

Do contexto do fazer profissional aliado às críticas realizadas pelos autores é que teve origem o esboço da importante ligação entre Integralidade em saúde e a raiz marxista presente no Serviço Social. Trazer à tona as contribuições de Marx é resgatar as bases teóricas sobre as quais a Integralidade em saúde e o Movimento Sanitário se firmaram para arcar com a magnitude de um conceito ampliado de saúde e pautado nos determinantes sociais da saúde e da doença.

As considerações realizadas pelos autores puderam ser constatadas quando da oportunidade do Estágio Curricular Obrigatório realizado na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina / Florianópolis<sup>2</sup>, disciplina integrante do currículo do curso de Serviço Social. Observamos que a prática de campo, muitas vezes torna-se rotineira e automatizada, influenciando diretamente a qualidade dos atendimentos prestados. Chamou-nos a atenção no decorrer do período de estágio o modo como eram conduzidas e desenvolvidas as ações profissionais cotidianamente; e verificamos o que os estudos de Vasconcelos (2006), Bravo e Matos (2006) e Montañó (2000); dentre outros, apontam com relação às práticas rotineiras, naturalizadas, institucionalizadas. Identificamos, ainda, a dificuldade dos profissionais de campo em discutir o tema do Serviço Social e Saúde, respaldados no projeto ético-político profissional e no projeto da Reforma Sanitária. Sobre o assunto Miotto (2007) escreve:

---

<sup>2</sup> O período de estágio se refere aos semestres 2003.2 e 2004.1.

Os assistentes sociais na área talvez por falta de clareza ou de conhecimento quanto aos projetos em confronto ou por opções ideológicas, têm se inserido no campo da saúde, muitas vezes, de forma acrítica ou seduzidos pelo canto das sereias, que é o mercado, na direção oposta ao projeto ético-político.

Posteriormente ao período de estágio, “aventuramos-nos” em iniciar no trabalho de conclusão de curso (2004) um debate que podemos considerar como latente na profissão: a Integralidade em saúde. Integralidade esta concebida como um conceito pleno de significados e que, por isso contribui com várias áreas de conhecimento e tem muito a contribuir com a prática profissional do assistente social. Observamos que aquelas ações desenvolvidas de forma rotineira no período de estágio estavam diretamente vinculadas à perspectiva da Integralidade e prejudicavam sua efetividade. É importante destacar a centralidade deste princípio considerado prioridade do Movimento da Reforma Sanitária, que idealizou e garantiu a saúde como um direito de todos (RADIS, 2006).

Falar sobre Integralidade em saúde parece contraditório. Contraditório pelo fato de que não somos física, psicológica, socialmente ou em qualquer outro aspecto seres apartados de nossas próprias emoções, de nossas patologias ou de nossa saúde e finalmente das relações sociais ou interações das quais fazemos ou não parte. Se nada disso ocorre, por que então falar em Integralidade? Teixeira (2004, p. 90) responde a esta indagação com propriedade. Ele afirma que hoje estamos falando sobre Integralidade em saúde porque provavelmente existem muitas coisas “cindidas, separadas, fragmentadas, partidas; no campo da saúde, há muita coisa a ser integrada e muitas diferentes apostas a respeito de que partes devem ser primordialmente integradas”. Dessa maneira, para cada sentido apresentado à Integralidade em sua polissemia, “há uma concepção da coisa, uma visão (problemática) de um mundo feito de pelo menos mais que um pedaço”.

Mesmo em meio a tantos entraves, significativas conquistas ocorreram como a promulgação da Constituição Federal em 1988 e a própria contemplação do direito à saúde contida no texto constitucional e a criação do SUS. É percorrendo essa trajetória histórica que compreendemos o sentido dos atuais debates e posicionamentos assumidos por aqueles que diretamente participaram da ampliação de nossos direitos e ainda hoje nos impulsionam, através da teoria e da prática, a crer em uma realidade diferente em relação ao direito à saúde. Por isso, Mattos (2003) afirma que a Integralidade está ligada a um ideal de sociedade mais justa, afinal ela é um princípio que não se concretizou na vida de muitos brasileiros.

Esse pensamento de Mattos nos leva a progredir no que seria o conceito de

Integralidade, isto é, entendido não somente como a integração entre políticas, como observamos no texto constitucional, mas como um ideal societário vislumbrado há tempos e ainda é perseguido; considerando suas inúmeras abordagens práticas e significações teóricas que nos orientam.

A Integralidade em saúde ganhou evidência na última década por meio de grupos de pesquisa, eventos e publicações. Esse destaque diferenciado à Integralidade, que, com a Universalidade e a Equidade forma o tripé sustentador do SUS, chamou-nos a atenção e levou-nos a pensar e repensar o exercício profissional do assistente social na área da saúde, principalmente em relação às práticas que proporcionam atendimento integral nos seus diversos âmbitos.

Diante disso perguntamos: quais os elementos chaves no âmbito do Serviço Social para a discussão da Integralidade? Para responder à indagação propomos como objetivo do trabalho estabelecer a conexão entre o debate da Integralidade em saúde e o debate contemporâneo do Serviço Social, uma vez que a produção em nossa área sobre o assunto é quase inexistente. Temos a intenção de elencar neste trabalho elementos que possam contribuir para o debate a partir da perspectiva crítica dialética, numa aproximação com a discussão do campo da saúde.

Para realizar esse processo, optamos pela revisão da bibliografia existente sobre Integralidade através de livros<sup>3</sup>, artigos em periódicos, teses e dissertações acessíveis pelo portal CAPES pertinentes à área da saúde publicados nos últimos 10 anos, por se encontrar neste período o início das discussões mais específicas sobre o assunto. Consultamos também documentos governamentais, dentre os quais a Constituição Federal, leis complementares e publicações do Ministério da Saúde. Privilegiamos a literatura relacionada à trajetória da política de saúde no Brasil até os atuais debates e embates teóricos e práticos neste campo. Optamos da mesma forma pela consulta às publicações dos assistentes sociais, pois estes são considerados profissionais da saúde, observando três elementos principais: a fundamentação teórica da profissão, o exercício profissional e a formação profissional. Foram observadas as publicações que tratam do rumo histórico tomado pela profissão como o Movimento de Reconceituação, os Códigos de Ética, a influência da teoria crítica de Marx e a participação e construção teórica do Serviço Social no campo da saúde.

O processo de pesquisa que se apresenta está estruturado da seguinte forma: no

---

<sup>3</sup> Grande parte dos livros e artigos selecionados para consulta no decorrer da pesquisa sobre Integralidade é de publicação do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS/UERJ).

primeiro capítulo é apresentada a política de saúde no Brasil e os princípios doutrinários do SUS, partindo da década de 1920 quando o sistema de saúde estava ligado às Caixas de Aposentadorias e Pensões até o debate atual da Integralidade. Esse item engloba a contextualização da saúde pública no país, as bases teóricas que a influenciaram, bem como as tendências internacionais que contribuíram para balizar e formalizar leis, diretrizes e conceitos-chaves no âmbito da política de saúde brasileira. Observaremos a trajetória percorrida pela Integralidade e suas interfaces e significados cada vez mais abrangentes e de suma importância para a efetivação de uma política de saúde como preconizada na legislação.

No segundo capítulo adentramos a discussão específica do princípio da Integralidade, com ênfase em seu sentido representado pela assistência à saúde. Faz parte deste eixo o sentido da Integralidade que articula prevenção e assistência à saúde, as distinções entre as abordagens e principalmente a importância das ações preventivas; e a Integralidade expressa em práticas alternativas de tratamentos e modos de organizar a vida individual e coletiva. A articulação dos serviços ou intersetorialidade também compõe este eixo de discussões.

No terceiro capítulo as discussões prosseguem no rumo dos significados atribuídos à Integralidade, e destacamos o eixo da Integralidade no exercício profissional. A prática profissional não fragmentada, o trabalho em equipe e a formação profissional são englobadas por este ponto. A forma de atenção dispensada ao usuário, a troca de saberes e informações no núcleo das equipes e a formação profissional voltada para os interesses da população atendida pelo sistema de saúde são práticas que visam a Integralidade, e são competências de todos os profissionais que buscam cumprir o novo paradigma estabelecido no campo da saúde.

No quarto capítulo abordamos os aportes teórico-metodológicos do Serviço Social para a discussão da Integralidade em saúde, onde retomamos categorias fundamentais da teoria crítica dialética de Marx, com a finalidade de demonstrar sua centralidade, principalmente da categoria totalidade, na abordagem e compreensão da Integralidade. Retomamos aspectos históricos do Serviço Social, particularmente o Movimento de Reconceitualização que possibilitou delinear o processo de apropriação da teoria crítica no Serviço Social e imprimir um novo estatuto à profissão.

Por fim, elencamos algumas possíveis contribuições do Serviço Social à discussão da Integralidade em saúde, e as referências que compuseram este trabalho.

## **2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E OS PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS**

Quando se fala em Sistema Único de Saúde em nosso país observamos que existem diferenciados posicionamentos sobre o assunto. Por um lado, há aqueles que defendem arduamente um sistema público e de qualidade, e por outro há também aqueles que ousam dizer que este é um sistema falido, incapaz de atender à demanda cotidianamente reprimida, enfim, um caos sem reversão.

Provavelmente os adeptos da segunda idéia desconhecem a história do sistema de saúde brasileiro, quando somente pessoas com empregos fixos eram atendidas pelo sistema e os demais tinham que prover sua própria assistência à saúde. Também provavelmente desconhecem o processo de construção, reflexão e até mesmo de utopia que tempos depois se converteria em ações concretas e grandes conquistas na perspectiva da seguridade social brasileira.

A formulação da política de saúde no Brasil data dos anos 1930, e foi organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. Até os anos de 1960 a saúde pública foi predominante e tinha como características a ênfase em campanhas sanitárias, a interiorização das ações para a área de endemias rurais e a criação de serviços de combate às endemias.

Inicialmente o sistema de atenção à saúde estava ligado às Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) que foram substituídas em 1923 pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), fato que é considerado um marco da medicina previdenciária. A política de saúde esboçada a partir dos anos 1930 foi consolidada no período de 1945 a 1964, quando estava focada na racionalização administrativa e na atribuição de maior sofisticação às campanhas sanitárias. No período de 1964 a 1974, a política de saúde desenvolveu-se privilegiando o setor privado, devido às influências da ditadura militar que forjou em muito as forças democráticas. Nos anos seguintes, prossegue a tensão entre os interesses dos setores estatal e empresarial e a emergência do movimento sanitário (BRAVO, 2006a).

As discussões e lutas iniciais que vislumbravam a necessidade da formulação de uma política de saúde no país foram encabeçadas por intelectuais da área e movimentos da sociedade civil, observadores também das grandes desigualdades sociais que despontavam na sociedade brasileira. Carvalho (2002) colabora com este pensamento, pois segundo a autora,

os sanitaristas brasileiros tiveram antiga participação nas lutas não somente contra a ditadura no golpe de 1964, a exclusão social e a afirmação do direito à saúde; mas desde os anos de 1800 e ainda antes. Faz parte da história desse movimento e de seus integrantes uma luta constante pela saúde do povo, e uma forte participação na estrutura do Estado.

Foi então, por volta dos anos de 1970 que a Saúde Pública brasileira passou por mudanças radicais e se transformou em Saúde Coletiva. A inovação no nome indicara que depois de um longo processo de reelaboração teórica e prática, um novo paradigma fora construído, uma nova maneira de compreender e agir sobre o processo saúde e doença. A Saúde Coletiva deriva do modelo preventista, considerado um dos principais fundamentos teóricos do Movimento Sanitário, ator coletivo que se torna o principal responsável pela Reforma Sanitária brasileira. O Movimento Sanitário é, conforme a interpretação de Escorel (1988) citado por Carvalho (2005, p. 95), “um conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não, articulados ao redor de um projeto” que se caracteriza segundo a autora por três práticas para a sua distinção: a teórica, a ideológica e a política.

No que se refere ao movimento preventista, o qual fundamenta suas proposições no modelo da história natural das doenças, no conceito ecológico de saúde/doença e na teoria da multicausalidade; pode-se dizer que ele não avançou no sentido de superar a essência das práticas sanitárias. Porém, mesmo assim contribuiu para fortalecer a capacidade dos interesses privatistas em saúde; o que não retira a importância dessa abordagem como “primeiro momento crítico em que o social invade o saber médico ao propor uma tarefa fundamentalmente educativa – trabalho, portanto, mais ideológico do que clínico” (CARVALHO, 2005, p. 98).

Com forte influência da teoria marxista, estruturalista e pós-estruturalista francesa, a Saúde Coletiva combateu a hegemonia biomédica no que diz respeito à pesquisa, ensino e práticas em saúde. A autora acima citada nos diz que com esta nova visão, a Saúde Coletiva passou a destacar a determinação social da saúde e da doença e o processo de trabalho em saúde; e ressaltou a estreita relação entre política e direito à saúde, aglutinando ao campo sanitário conceitos como democracia, movimentos sociais e políticas públicas. A Saúde Coletiva se preocupou ainda em enfatizar a criação de um sistema público de saúde que assegurasse à população um atendimento universal e que contemplasse os vários componentes do cuidado da saúde. O Sistema Único de Saúde acabou por incorporar várias diretrizes que foram geradas neste movimento, dentre elas, a inclusão de trabalhadores da saúde e representantes da sociedade na gestão do sistema.

Silva (1973) citado por Carvalho (2005, p. 102) completa:

A Saúde Coletiva nos seus primórdios, afirma a historicidade do social na determinação social da população compreendendo que a saúde e doença são elementos polares de um mesmo processo que resulta da interação do homem consigo mesmo, com outros homens na sociedade e com elementos bióticos e abióticos do meio.

A produção teórico-crítica da Saúde Coletiva no Brasil resultou na formulação de um conceito ampliado de saúde e dos seus determinantes, assumidos pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e posteriormente pela Constituição Federal e pela legislação infraconstitucional. Da mesma maneira os princípios e diretrizes concernentes ao direito à saúde, à cidadania, à universalização, à equidade, à democracia e à descentralização tiveram forte influência das ciências sociais sobre o campo da Saúde Coletiva. Houve também a influência do movimento preventista e da saúde comunitária no que se refere às propostas de formulação de um sistema único de saúde, e ainda da rede regionalizada de serviços de saúde, do atendimento integral, participação da comunidade, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (FLEURY, 1997).

Luz (1994, p.136) acrescenta o seguinte:

A concepção de saúde como um “direito civil” – ou seja, como um direito do cidadão e um dever do Estado – é a segunda grande posição de base em relação aos temas específicos da política para o setor. Discutida na VIII Conferência da Saúde, essa questão suscitou acaloradas discussões até outubro de 1988, quando a nova Constituição reconheceu formalmente este direito social de cidadania, tanto tempo postergado pela República.

Fleury (1997, p.07), ao falar da Reforma Sanitária diz:

É inédita em nossa história de autoritarismos vários, a capacidade de formular uma reforma social tão profunda desde a sociedade, construindo ao mesmo tempo um projeto e seus atores, de tal forma que logrou alcançar a hegemonia necessária para se transformar em política pública. A interação sociedade/Estado/sociedade, neste processo, é elucidativa das inúmeras possibilidades que podem ser criadas pela democracia, sem ser preciso que adotemos medidas autoritárias tão ao gosto de nossas elites de plantão, nem mesmo um modelo liberal de democracia que é estranho à nossa cultura política e as nossas instituições.

Entre o período de 1974 e 1988 a Saúde Coletiva se preocupou em reorganizar o Estado e reformar o sistema de saúde redefinindo seus mecanismos de gestão. As ações

macropolíticas foram priorizadas tendo por objetivo intervir nas condições sociais que produzem a doença (DÂMASO, 1989 apud CARVALHO, 2005).

Além disso, como já enunciamos acima, muitas foram e são as dificuldades encontradas neste percurso; e Luz (1994) elucida que parte das dificuldades na década de 1980 se explica devido ao predomínio de um projeto político hegemônico por forças políticas nacionais conservadoras e pelo influxo crescente do ideário neoliberal na formulação de políticas públicas no Brasil. Nesse contexto, grupos de interesse rearticularam-se com a intenção de diluir, impedir ou desaprovar proposições constitucionais que apontassem para a construção de um Sistema de Saúde público.

Mais do que um arranjo institucional, o processo da Reforma Sanitária é um projeto civilizatório, isto é, tem por objetivo produzir mudanças dos valores predominantes na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante. Da mesma maneira, “o projeto do SUS é uma política de construção da democracia que visa à ampliação da esfera pública, à inclusão social e à redução das desigualdades” (RADIS, 2006, p. 21).

Carvalho (2005) avalia que a década de 1980 foi um período de resultados positivos, dentre os quais o autor destaca a gradativa descentralização dos serviços para os estados e municípios e a progressiva unificação das ações de saúde em uma única instituição, o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é a concretização do texto constitucional que declara a partir de 1988 a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Este novo sistema traz consigo inúmeros desafios, a começar pela grandiosidade que é fazer cumprir o conteúdo legalmente instituído, no que tange à administração, organização, execução, e tantos outros aspectos referentes à assistência cotidiana, entre os quais, a qualidade dos serviços prestados pelos trabalhadores.

A superação do paradigma flexneriano, integra a lista de desafios a serem superados pelo SUS, sendo que este ainda se faz presente orientando a organização dos serviços de saúde no sentido de reforçar o modelo médico hegemônico. Portanto, há a necessidade de se superar este aspecto, uma vez que o SUS não se reduz “a um conjunto de estabelecimentos de assistência médico-hospitalar, centrado no diagnóstico e na terapêutica alopática” (FLEURY, 1997, p. 21).

Por um lado existem desafios referentes às práticas em saúde, por outro, o SUS e as políticas públicas de um modo geral, passam a enfrentar a partir dos anos de 1990 outros “contra-ataques”; estamos falando das políticas de cunho neoliberal as quais o governo de Fernando Collor de Mello foi o primeiro a tentar implementar. Este projeto político-

econômico veio a se consolidar naquela década em total contradição ao que vinha sendo construído pelo projeto da Reforma Sanitária. As políticas neoliberais instalam-se no campo da saúde introjetando em meio ao SUS um projeto de saúde articulado ao mercado.

Bravo (2006, p. 35), escreve sobre esse projeto chamado privatista ou de mercado:

Este pautado na política de ajuste tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características destacam-se: o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso.

Nogueira e Mioto (2006), ao falarem sobre os desafios atuais do SUS nos dizem que a presença de interesses antagônicos desde o processo de implementação do SUS, faz-se presente no que tange a sua consolidação pautada nos princípios norteadores como a universalidade, a equidade e a integralidade; bem como em relação às dificuldades para construir modelos assistenciais ancorados na concepção ampliada de saúde, marco inicial do processo de proposição do próprio SUS.

As autoras supracitadas assinalam que a universalização do direito à saúde garantindo o acesso irrestrito dos cidadãos aos serviços, a abertura de espaços de participação popular possibilitando o controle social e a aprovação das leis ns. 8.080 e 8.142 que instituíram e regulamentaram o SUS, foram avanços permeados de conflitos entre os projetos antagônicos dos grupos de interesses ligados ao setor. Nogueira e Mioto (2006, p. 221), ao falar sobre o acirramento dos embates no processo de reforma do Estado, momento onde as contradições entre as duas propostas se acirraram, completam:

De um lado, no período da implantação da proposta constitucional, da aprovação da legislação complementar e infraconstitucional, as forças conservadoras retornaram com vigor e retardaram a inclusão da saúde na agenda governamental. Cabe notar, ainda, que as inovações mais radicais relativas ao modelo de atenção proposto pela legislação dos SUS somente tem seu início com a Norma Operacional Básica n. 96, em 1996. Por outro lado o relativo refluxo dos movimentos populares, nas décadas que se seguiram à aprovação da Constituição, foi um fato marcante. A desqualificação das ações coletivas, denominadas pejorativamente de *comportamentos jurássicos*, durante o Governo de Fernando Henrique Cardoso contribuiu para a desmobilização de grupos ligados ao setor saúde, retardando e favorecendo a atuação dos grupos vinculados ao ideal privatista.

Autores como Bravo (2006) colaboram com a idéia supracitada ao afirmar que desde o final dos anos 1980 esses embates já se faziam presentes na esfera nacional, com a presença de incertezas em relação à efetiva implementação do Projeto da Reforma Sanitária, devido a aspectos como a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma, que passam a direcionar as ações no setor a partir de 1988. A despolitização do processo devido ao afastamento da população da arena das discussões e decisões políticas, é segundo os autores outro fator desfavorável.

Dessa forma, tem-se por um lado o elemento reformador com o papel de transformar instituições e processos, e por outro lado o revolucionário superável apenas com a efetiva mudança nas práticas e na qualidade de vida, e conseqüentemente de saúde da população. Bravo (2006) considera a construção democrática como único caminho para se conseguir a Reforma Sanitária e a mobilização política, desafios postos aos setores progressistas que adentraram os anos de 1990 com o dever de viabilizá-los.

Porém, nessa década assistiu-se ao avanço das políticas neoliberais, onde o Estado teve seu papel redirecionado. Nesta esfera ocorreu a chamada Reforma do Estado ou Contra-Reforma que em conjunto com a Reforma Constitucional (mais voltada para o setor da previdência), tinham por intuito desmontar a seguridade social brasileira. A Contra-Reforma tinha como objetivo nada mais que redirecionar o papel estatal, desviando-o de suas funções básicas ao passo que expandia sua presença no setor produtivo. Esse novo modelo preza pela descentralização, eficiência, controle dos resultados, redução dos custos e produtividade. O Estado passa de responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social a regulador e promotor, repassando para o setor privado suas atividades (BRAVO, 2006b).

Com relação à política de saúde nesse contexto, pode-se dizer que a mesma seguiu a tendência das demais políticas, sendo atacada pelos ajustes e reducionismos impostos pelo mercado. A proposta uma vez formulada nas décadas anteriores deu lugar ao descumprimento dos preceitos constitucionais no que tange ao desrespeito dos princípios básicos do SUS, os problemas orçamentários e à prioridade da assistência médico-hospitalar em prejuízo das ações de promoção e proteção.

Prosseguindo nesse encadeamento de idéias, é importante ressaltar o rumo tomado pela política de saúde, em especial no que se refere aos novos programas adotados pelo Ministério da Saúde (MS) nessa década e o intuito com o qual foram implementados.

No ano de 1994, o MS assumiu como estratégia prioritária para a organização da atenção básica, no âmbito do SUS, o Programa de Saúde da Família (PSF). Este tem como

principal propósito “reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

De outro lado, sabe-se que a emergência do PSF como política prioritária no campo da atenção à saúde no Brasil faz parte do processo de reforma setorial a qual nos referimos anteriormente. Para Monnerat (2006) o processo de implementação do SUS trouxe consigo uma série de medidas e ações governamentais voltadas para o aprofundamento da descentralização do setor em direção aos municípios, e estes passaram a ser responsáveis por novas funções, anteriormente competentes à esfera federal. Tais mudanças no desenho organizacional do setor de saúde no país são influenciadas por organismos internacionais os quais impõem (no caso latino-americano) um plano de ajuste estrutural da economia e de reforma do Estado, com a admissão do panorama de racionalização do gasto público. Vejamos o que diz Monnerat (2006, p. 103) acerca das agências multilaterais:

[...] Vários estudos têm salientado a forte influência dos organismos financeiros multilaterais, sobretudo do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional (FMI) na definição da agenda de reformas na área social, dentre elas a da saúde. As proposições destas agências para a área da saúde assentam-se no diagnóstico da inadequação dos gastos sociais, que seriam excessivos e não atingiriam as regiões e os grupos sociais mais pobres. [...] Neste quadro, as recomendações apresentadas pela agenda do Banco Mundial voltam-se para a adoção de medidas de racionalização e contenção de gastos para o setor, num contexto de aumento da demanda social em saúde.

Nos anos que se seguiram, outros programas e políticas foram sendo implementadas pelo MS, como o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospital (PNHAH), que mais tarde veio a se chamar Política Nacional de Humanização (PNH). Alves (2006) ao falar da PNH afirma:

A necessidade de traduzir os princípios do SUS em “modos de operar” a produção de saúde como produção de sujeitos, o aspecto subjetivo como eixo articulador das práticas e a disseminação de ações humanizadoras pela rede assistencial balizam a transversalidade da humanização como política.

Em 2003, com a posse do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, houve por parte do MS a proposição de adiantar a Conferência Nacional de Saúde que ocorreria em sua 12ª

edição somente em 2004. O intuito era conseguir articular as mudanças pertinentes a partir de propostas advindas da sociedade, pois se fazia necessária, na visão do MS, a participação de gestores, usuários, profissionais, prestadores de serviço, representantes do Ministério Público, Parlamentares, técnicos e especialistas; para superar os paradoxos do SUS (RELATÓRIO DA 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

Em 2005 o Ministério da Saúde aprovou o Plano Nacional de Saúde (PNS) e neste documento consta uma análise da atual situação do sistema de saúde do país e apontamentos para a melhoria na gestão e execução, com base em um planejamento que teve estudiosos em sua coordenação como Gastão Wagner de Sousa Campos. Neste documento um olhar apurado sobre a política de saúde deixa nítida a situação desafiadora em que o SUS se apresenta:

O SUS, apesar de se configurar como uma proposta bem sucedida vem evidenciando um conjunto de desafios para o alcance dos princípios e diretrizes assegurados no seu arcabouço jurídico-legal, quais sejam: universalidade, integralidade, equidade, descentralização da gestão, hierarquização da atenção, financiamento das três esferas e controle social (PNS, 2005, p.07).

O Plano Nacional de Saúde vem ocupar uma lacuna existente entre as ferramentas de gestão de cada esfera de governo, principalmente o Plano Plurianual (PPA) e o orçamento, insuficientes para articular as ações das várias esferas de governo em busca da Integralidade da atenção e da efetividade e eficiência das mesmas.

Os desafios a serem enfrentados – e evidenciados na análise situacional procedida – integram o rol de dimensões do desenvolvimento de um sistema de grande envergadura e vitalidade. Tais dimensões, talvez, não tenham a possibilidade de estar plenamente contempladas num plano estratégico, mas são, certamente, objeto de articulação no conjunto de propostas em desenvolvimento por municípios, estados e União no esforço em direção à melhoria do acesso e da qualidade dos serviços oferecidos e à garantia de direitos previstos na Constituição brasileira. Nesse sentido, o grande objetivo proposto para o presente Plano Nacional de Saúde – e contemplado no PPA do governo federal – é:

Promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando à redução do risco de agravos e o acesso universal e igualitário às ações para a sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção, aprimorando os mecanismos de financiamento, diminuindo as desigualdades regionais e provendo serviços de qualidade, oportunos e humanizados (PNS, 2005, p.07).

Neste sentido, Paim (1994) em estudos anteriores anunciara ser de fundamental importância a reorientação do sistema de atenção à doença vigente, para que haja a construção de um sistema de saúde preocupado com os determinantes sócio-ambientais da saúde. Enfatizar a promoção da saúde, a qualidade de vida e do ambiente, a prevenção das doenças reorganizando a assistência médico-hospitalar; constituem na opinião do autor caminhos para a superação dos desafios postos.

Esse processo de reorientação da política de saúde denota a retomada dos princípios defendidos e propostos pelo Movimento Sanitário anteriormente, que retornam trazendo consigo dois principais aspectos de extrema importância, considerados bases dos movimentos iniciais na compreensão de que a saúde é resultante de um conjunto amplo de condições: a promoção da saúde e os determinantes sociais.

Observamos no posicionamento de Paim que sua defesa pela ênfase na promoção da saúde e de outros elementos está sem dúvida interligada a uma visão mais ampliada da saúde; estamos nos referindo à concepção ampliada de saúde que desde a Reforma Sanitária e mais contemporaneamente com a “nova saúde pública<sup>4</sup>” coletiva, “estende significativamente a abrangência das ações de saúde ao tomar como objeto o ambiente – local e global – em sentido amplo”, caracterizando assim a promoção da saúde. (CZARINA e FREITAS, 2003).

A promoção da saúde traduz-se em expressões próprias à realidade atual, tais como, políticas públicas saudáveis, colaboração intersetorial, desenvolvimento sustentável. Além disso, resgata-se a perspectiva de relacionar saúde e condições de vida, e destaca-se o quanto variados elementos – físicos, psicológicos e sociais - estão vinculados à conquista de uma vida saudável, enfatizando-se a importância tanto do desenvolvimento da participação coletiva quanto de habilidades individuais (CZARINA, 2003, p. 09).

Czarina (2003, p. 09), explica:

O termo promoção da saúde ressurgiu nas últimas décadas em países industrializados, particularmente no Canadá. Uma das origens importantes desse ressurgimento foi o questionamento da eficiência da assistência médica curativa de alta tecnologia. A partir da necessidade de controlar os custos crescentes do modelo biomédico, abriu-se espaço para criticar o estreitamento progressivo que este modelo produziu na racionalidade sanitária e no resgate do pensamento médico social que, em meados do século XIX, enfatiza relações mais amplas entre saúde e sociedade.

Buss (2003, p. 15), ao analisar o discurso vigente no campo da promoção da saúde

---

4 Expressão utilizada por Czarina e Freitas (org), 2004.

conclui que:

Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução. Ela surge como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde.

No caso da América Latina, a medicina social assumiu uma posição progressista, em oposição a algumas correntes que se caracterizam como conservadoras e visavam a mudanças nas estratégias de regulação estatal – como a redução do papel do Estado. O Brasil seguiu igualmente as tendências progressistas o que colaborou para a formação de uma tradição crítica própria. Um sinalizador disto foram os resultados da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, realizada no mesmo ano da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa, conhecida como marco fundador do movimento da promoção da saúde no mundo.

Além da conferência de Ottawa, ocorreram também as de Adelaide (1988) e Sundsväl (1991) que estabeleceram as bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde. Em 1997 ocorreu a conferência de Jakarta e em 2000 a do México. Observa-se que em todas as cartas redigidas nestas conferências, há a presença de um “componente internacionalista”<sup>5</sup>, seja no entendimento dos problemas ou nas propostas de intervenção. De um modo geral, o discurso prevalecente no campo da promoção da saúde procura caracterizá-la pela Integralidade, tanto no entendimento dos problemas no processo saúde-doença-cuidado, quanto nas respostas propostas aos mesmos (BUSS, 2003). A abordagem integral da promoção da saúde se dá em sua interação com o desenvolvimento humano sustentável, na valorização do conhecimento popular e participação social, na articulação com outros movimentos sociais, na proposição da criação de ambientes favoráveis.

Na concepção de Buss (2003), hoje o termo está associado a um conjunto de valores de vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado, da comunidade, dos indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais.

A concepção moderna adotada sobre promoção da saúde a caracteriza como a constatação do papel protagonizante dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, ou

---

5 Termo utilizado por Buss, 2003.

seja:

a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para as famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e em um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido, num sentido amplo, por meio de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (BUSS, 2003, p. 19).

Esses determinantes sociais da saúde-doença, já estiveram presentes no *Informe Lalonde*, documento divulgado no Canadá em 1974, onde estavam contemplados o aspecto biológico, o ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde.

Uma pesquisa publicada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em 2005 classificou o Brasil como 13ª economia do mundo e em contrapartida como 8º país com pior distribuição de renda. Esses indicadores da gigantesca desigualdade social no país culminaram no ano seguinte na criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), cujo intuito é de “propor políticas eficientes baseadas em pesquisas fincadas na realidade para combater as desigualdade e mobilizar a sociedade”. A definição de determinantes sociais da saúde é aqui entendida como: “elementos de ordem econômica e social que afetam a situação de saúde de uma população: renda, educação, condições de habitação, trabalho, transporte, saneamento, meio-ambiente” (RADIS, 2006, p. 11).

O então ministro da saúde na época da formação da CNDSS Saraiva Felipe, disse ao se lembrar da resistência democrática dos sanitaristas brasileiros frente ao golpe de 1964 e sua intermitente busca de um sistema de saúde favorável às demandas da população, que a criação do CNDSS é um momento culminante deste processo. A criação desta comissão traz um novo fôlego para a questão dos determinantes sociais da saúde, afinal na VIII Conferência Nacional de Saúde esse tema era dominante e acabou sobrepujado por uma visão mais centrada na tecnologia médica.

Os determinantes sociais da saúde podem ser caracterizados como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, isto é, as características sociais dentro das quais a vida transcorre. Eles apontam, seja para características específicas do contexto social que afetam a saúde, seja para o modo como as condições sociais traduzem esse impacto sobre a

saúde. O conceito de determinantes sociais está ligado aos fatores auxiliares de uma vida saudável e não ao auxílio ou assistência obtida pelas pessoas em uma situação de doença (COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2006).

A concepção ampliada de saúde retratada na promoção da saúde e nos determinantes sociais teve forte influência na formulação do texto constitucional e também do SUS. Derivam destes conceitos os princípios doutrinários norteadores do sistema que são: a universalidade, a equidade e a integralidade.

Sustentar um sistema de saúde universal significa que todos os cidadãos brasileiros teriam acesso universal e igualitário aos serviços e ações de saúde. Nogueira e Miotto (2006, p. 222) complementam que esta mudança rompe com uma desigualdade histórica, na qual os cidadãos eram classificados em primeira e segunda classe. Vejamos:

Os de primeira classe eram os que integravam o mercado de trabalho, tendo acesso à medicina previdenciária. Os de segunda classe tinham suas necessidades de saúde atendidas unicamente através de um precário sistema constituído pelas santas Casas de Misericórdia, pela boa vontade da classe médica e pelos raros serviços mantidos pelo Ministério e Secretarias Estaduais de Saúde.

A equidade se refere ao fato de que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades. Os serviços de saúde devem considerar as diferenças presentes em cada população e, deste modo, levar em conta as peculiaridades de cada grupo, classe social ou região; e seus problemas específicos, diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida. “O SUS não pode oferecer o mesmo atendimento a todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares. Se isto ocorrer, algumas pessoas vão ter o que não necessitam e outras não serão atendidas naquilo que necessitam” (WESTPHAL E ALMEIDA, 2001, p. 35).

Cecílio (2001, p. 120) adota uma definição de equidade apresentada por Malta (2001) e considerada consensual pelos militantes da saúde:

A equidade é entendida como a superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas (...). Subjacente a este conceito está o entendimento de que as desigualdades sociais entre as pessoas não são dadas 'naturalmente', mas sim criadas pelo processo histórico e pelo modo de produção e organização da sociedade.

A Integralidade, em uma breve aproximação, pode ser compreendida como a combinação das ações de saúde voltadas para a prevenção e a cura. Além disto, os serviços de saúde devem privilegiar atendimentos que sejam capazes de: compreender as múltiplas condições de vida dos indivíduos e populações, os fatores responsáveis pelo adoecimento e morte para que possam ser minimizados ou até erradicados, possuir uma equipe de trabalho qualificada, privilegiar a voz daqueles que procuram os serviços – ouvir as demandas, etc.

Universalidade, equidade e Integralidade formam uma teia, um encadeamento; nas palavras de Cecílio (2001, p. 125) um signo. “Signo produzido pela Reforma Sanitária brasileira que fala de uma utopia, no limite [...] por tudo que está em jogo: a infinita variabilidade das necessidades humanas e as finitas possibilidades que temos, até mesmo, de compreendê-las”.

No intuito de contribuir para essa construção já iniciada e historicamente defendida e reafirmada por seus militantes, e também de resgatar premissas básicas do significado da Integralidade em saúde, como nos propomos neste trabalho; é que daremos seguimento às discussões que atravessam o tema no próximo item.

## 2.1 Integralidade no contexto da política de saúde

A Integralidade em saúde pode ser entendida num panorama geral como componente de um novo enfoque para o direito à saúde. Nogueira (2002) lembra-nos de que considerar as pessoas em sua totalidade, ou seja, como pessoas não apartadas de seus fatores sócio-econômicos, culturais e dos determinantes da saúde, e principalmente, não reduzi-las à cura de uma doença, mas pelo contrário estender os cuidados ao mundo da vida espiritual e material faz parte de um modelo integral de atenção.

O significado que encontramos no texto constitucional para Integralidade compõe uma série de diretrizes:

Art. 198 – As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade [...] (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 2001 p. 167).

A mesma Integralidade faz parte do tripé doutrinário do SUS, juntamente com a universalidade e a equidade, onde encontramos a seguinte definição:

Integralidade – as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho, que levam a adoecer e a morrer. O indivíduo deve ser entendido como um ser social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida. Dessa forma, o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não só para as suas doenças. Isso exige que o atendimento deva ser feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos. Ou seja, é preciso garantir o acesso às ações de: Promoção (que envolve ações também em outras áreas, como habitação, meio ambiente, educação etc.); Proteção (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância a saúde e sanitária etc.); Recuperação (atendimento médico, tratamento e reabilitação para os doentes) (ALMEIDA E WESTPHAL, 2001, p. 35).

Santos (2006), ao falar acerca das definições legais atribuídas à Integralidade, afirma que a Constituição não a define, apenas preconiza que as ações curativas sejam integradas às ações preventivas para que se evite a dicotomia, buscando-se a demarcação do campo de atuação do SUS. Da mesma forma a Lei 8.080/90, no artigo 7<sup>6</sup>, tenta definir a Integralidade, mas não o faz com clareza, afirma a autora.

Observamos tanto no âmbito do texto constitucional, como no que se refere ao SUS, um entendimento da Integralidade como abrangente, um princípio que procura abarcar uma série de prerrogativas da vida humana, imbricadas de condicionamentos variantes de acordo com determinadas realidades e possibilidades; os quais se expressarão ou se desenvolverão conforme cada contexto. O estudo da Integralidade é desafiador, sua aplicação implica reconhecer múltiplos fatores, dentre eles a unicidade institucional dos serviços de saúde para o conjunto de ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras, e que as intervenções de um sistema de saúde sobre o processo saúde-doença conforma uma totalidade que envolve os sujeitos do sistema e suas inter-relações com os ambientes natural e social (MENDES, 1995, p.145).

A atribuição de diversos significados à Integralidade não quer dizer que eles sejam opostos ou contraditórios, cada significado que lhe é atribuído complementa e contribui para

---

6 O referido artigo dispõe: 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.

uma maior compreensão de todos os seus sentidos. Apesar do reconhecimento da unicidade existente, o conceito de Integralidade ainda é pleno de ambigüidades. Por exemplo, Camargo (2003, p.36), afirma que “na melhor das hipóteses [Integralidade] é uma rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas”.

Nessa direção Mattos (2001, p.42) afirma que:

Integralidade, no contexto do movimento sanitário, parece ser assim: uma noção amálgama, preche de sentidos. Nessa [...] - o que é Integralidade – talvez não deva ser uma resposta unívoca. Talvez não devamos buscar definir de uma vez por todas a Integralidade, posto que desse modo poderíamos abortar alguns dos sentidos do termo e, com eles, silenciar algumas das indignações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa.

Ainda para esse autor:

[...] a Integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2001, p. 42).

Além disso, reconhece-se que esse princípio embora não esteja presente na totalidade das políticas, pode ser encontrado no âmbito de políticas específicas como, por exemplo, a política de atenção à mulher e a política de DST/AIDS. Desde a criação em 1986, pelo Ministério da Saúde, do Departamento de DST/AIDS, foi-se projetando uma política de atendimento aos portadores, pautada no princípio de Integralidade, e graças a isso se pode observar que essa iniciativa fez com que a taxa de crescimento da contaminação pelo vírus, estimada pelo Banco Mundial em 1,2 milhões para o ano de 2000, fosse reduzida pela metade; de modo semelhante às taxas de mortalidade foram reduzidas entre 50% e 70% (LAPPIS, 2004).

Com relação à política de atenção à mulher Mattos (LAPPIS, 2004) destaca o seguinte:

[...] A política da mulher, por exemplo, teve nos anos 80 um grande avanço na Integralidade quando se recusou pensar a mulher exclusivamente como mãe. Isso permitiu perceber a mulher como um ser humano e com especificidades de gênero inerentes à nossa cultura. Houve limites para desenvolver a Integralidade plenamente no campo das políticas, mas já temos algumas conquistas derivadas dessa luta. Um exemplo é a legislação que garante o direito de uma mulher que teve a mama retirada por conta do câncer poder reconstituí-la pelo SUS. Esse tipo de iniciativa representa uma atitude concreta de Integralidade, porque não se resume à questão de controlar a doença, mas percebe que a reconstituição da mama após uma cirurgia agressiva é uma necessidade na nossa cultura e, portanto está no campo do direito.

Mais recentemente, uma conquista dos direitos da mulher ocorreu em setembro de 2006 quando a Lei Maria da Penha foi sancionada. É uma lei de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher, que tornará mais rigorosa a punição dos agressores. Houve inclusive alterações no código penal, permitindo a partir de então que o agressor possa ser preso em flagrante ou tenha prisão preventiva decretada (RADIS, 2006), e pode-se considerar que esta é uma forma de garantir a Integralidade das mulheres.

O princípio da Integralidade, assim como todo o movimento que o originou, opõe-se ao modelo biomédico dominante. Foi este motivo que levou o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), em 2004, a formar o EnsinaSUS. Este projeto é uma linha de atuação do LAPPIS e visa identificar, apoiar e desenvolver experiências de ensino e pesquisa capazes de transformar a formação em saúde, fundamentando-se no princípio da Integralidade, na direção da consolidação do SUS como uma política de Estado de garantia do direito à saúde (RADIS, 2006, p.10, LAPPIS, 2007).

Pinheiro (2006), uma das pesquisadoras do LAPPIS, compreende que a Integralidade é um princípio universal e constitucional, fruto de amplo movimento social e que segue um caminho de permanente construção. Ela concorda com Mattos ao definir a Integralidade como polissêmica por não se limitar a uma diversificação dos sentidos, carregando valores que merecem ser definidos e que respeitam as diferenças nos vários pontos do Brasil. A pesquisadora destaca também a característica de polifônico que o termo possui. “É polifônico porque ouve as vozes silenciadas em espaços institucionais que não têm canais de escuta e acesso à informação e à comunicação, ou seja, não têm visibilidade para suas demandas” (PINHEIRO, 2006, p. 11).

Para seu pleno desenvolvimento a Integralidade necessita ser influenciada por

diversos conhecimentos que contribuem para sua realização e construção, pois como afirma Pinheiro (2006) a Saúde Coletiva é contrária à fragmentação das saúdes públicas. Ela destaca três importantes áreas do setor saúde que contribuem para a materialização da Integralidade: “temos a área de política, planejamento e gestão na saúde; as ciências sociais humanas em saúde e, por fim, a epidemiologia” (PINHEIRO, 2006, p. 12).

Foi no estudo dos elementos que compõem o princípio da Integralidade e seus sentidos que compreendemos as palavras de Pinheiro ao se referir à necessidade da confluência de saberes para se ter realmente uma prática integral. No intuito de apreender sobre o assunto iniciamos nossa pesquisa em 2004 com o trabalho de conclusão de curso intitulado, “A Integralidade como Princípio Doutrinário do SUS: retomando a discussão e centralizando o debate na prática cotidiana da intervenção profissional”<sup>7</sup>.

A partir daquela primeira aproximação com a Integralidade em saúde, observamos ser de suma importância investigá-lo mais profundamente. Como já enunciamos acima, o conceito de Integralidade é denso de significados e estes carregam consigo a diversidade de experiências empíricas e a pluralidade de visões que são objeto de análise dos autores dedicados a estudá-lo. Observamos que a Integralidade é abordada pelos autores a partir de correntes teóricas variadas e, com base nisto podemos afirmar a presença não somente de pluralidade, mas principalmente de ecletismo nos pensamentos formulados conforme veremos a seguir.

Desta maneira, organizamos o texto que se segue a partir de diferenciadas abordagens, significados ou sentidos que são atribuídos ao princípio da Integralidade, os quais identificamos no decorrer das leituras selecionadas para o estudo. Pudemos eleger dois eixos de discussão nos quais as expressões de Integralidade estão inseridas, que são: da assistência à saúde e do exercício profissional.

---

7 TCC elaborado para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social/UFSC, 2004.

### 3 O DEBATE DA INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Falar de assistência à saúde implica uma série de fatores que congregam a promoção à saúde desde a prevenção às doenças, o acesso a tratamentos, a possibilidade de o usuário escolher o tipo de tratamento ao qual ele quer ser submetido, a interação entre políticas e programas nos quais ele precisará ingressar etc. No campo teórico este conjunto de elementos é abordado a partir de diferentes referenciais, fato que nos chama a atenção e exige cautela na interpretação dos mesmos. Neste capítulo pode-se observar a presença de correntes teóricas bem distintas que numa primeira aproximação parecem conduzir para um foco comum, porém quando melhor analisadas a partir de um referencial teórico pré-estabelecido, revelam-se díspares em suas interpretações, como veremos.

#### 3.1 Integralidade como “imagem-objetivo”

Referir-se à Integralidade como uma “imagem objetivo”, termo utilizado por Mattos (2001), significa defini-la como um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de sociedade mais justa e solidária, como enunciamos acima (MATTOS, 2001).

Mattos (2001) explica que “imagem objetivo” não se refere a uma utopia, mas a certa configuração de um sistema ou situação que alguns atores no campo político consideram desejável, pelo fato de julgarem que tal configuração pode ser tornada real num horizonte temporal definido.

O autor complementa:

Enuncia-se uma imagem objetivo com o propósito principal de distinguir o que se almeja construir, do que existe. Toda imagem objetivo tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade. De certo modo, uma imagem objetivo parte de um pensamento crítico, um pensamento que se recusa a reduzir a realidade ao que “existe”, que se indigna com algumas características do que existe, e almeja superá-las. Os enunciados de uma imagem objetivo sintetizam nosso movimento. [...] Ela sempre é expressa através de enunciados gerais. [...] funcionam como tal, exatamente para abarcar várias leituras distintas, vários sentidos diversos.

[...] Toda imagem objetivo é polissêmica. [...] ela não diz de uma vez por todas como a realidade deve ser. Ela traz consigo um grande número de possibilidades de realidades futuras, a serem criadas através de nossas lutas, que têm em comum a superação daqueles aspectos que se criticam na realidade atual (que almejamos transformar) (MATTOS, p. 41-42, 2001).

Para exemplificar a concreticidade de sua teoria, Mattos (2001), lembra-nos das mudanças ocorridas na política de saúde brasileira desde os anos de 1970 até os dias atuais, e com isto demonstra o caminho percorrido em direção aos objetivos traçados e alcançados, mas que ainda podem ser forjados pelo estrangulamento de recursos públicos ou pela difusão das idéias ofertadas por algumas agências internacionais. A luta, segundo o autor, continua e é travada cotidianamente no interior dos serviços de saúde, nas arenas de negociação, etc.

Atualmente há uma tendência de afastamento entre a saúde coletiva e a medicina. Ocorre que a postura médica típica é a recusa de reconhecer que todo paciente em busca de auxílio é bem mais do que um aparelho ou sistema biológico com lesões ou disfunções e que fazer qualquer coisa a mais, além de tentar, por meio dos recursos tecnológicos disponíveis, “silenciar o sofrimento supostamente provocado por aquela lesão ou disfunção, é absolutamente inaceitável” (MATTOS, 2001, p. 48).

Entende-se ser necessário o tratamento imediato dos sujeitos, mas atrelado a isto, propõe-se uma visão ampliada deste mesmo sujeito, das interações vivenciadas por ele e das causas que provocaram tal sofrimento. Diante desse diagnóstico o profissional poderá antecipar futuros sofrimentos e realizar as profilaxias necessárias. Uma atitude voltada para a Integralidade em saúde privilegia uma atenção combinada entre assistência à saúde e prevenção, o que colabora para o primeiro e importante alvo e significado: o alcance da Integralidade como “imagem objetivo”.

A articulação entre prevenção e assistência à saúde se apresenta como um segundo significado da Integralidade como veremos a seguir.

### 3.2 Articulação entre prevenção e assistência à saúde

O sentido da Integralidade conhecido legalmente é a articulação entre a prevenção e a assistência à saúde. No texto constitucional encontramos que uma das diretrizes das ações e serviços públicos é seguir um atendimento integral, com prioridade para as atividades

preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Do mesmo modo, na lei nº. 8080/90, está prevista a assistência às pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, por intermédio da realização integrada de ações assistenciais e das atividades preventivas (ABEPSS, 2006).

As práticas assistenciais são àquelas realizadas junto aos sujeitos que necessitam de tratamento imediato para amenizar ou até curar a doença de que estão sendo acometidos. Para tanto, a biomedicina se detém em estudar a causa das doenças e o tipo de tecnologia utilizada para combatê-las. Mattos (2003, p. 53) diz que o fato de a biomedicina se deter na questão dos sofrimentos atribuíveis à doença ao ponto de alguns profissionais negarem o sofrimento do outro que não se reduz à doença, e de negarem também o sofrimento provocado pelas tecnologias de diagnóstico e tratamento, é considerado um reducionismo em confronto com o qual o sentido da Integralidade foi sendo forjado.

Com relação às ações preventivas, Czarina (2003, p. 45) as define como:

Intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos.

Portanto, as práticas preventivas se distinguem das assistenciais porque nelas o conhecimento sobre as doenças e as tecnologias permite à biomedicina antecipar-se à experiência do sofrimento provocado pela enfermidade. Sobre isso Mattos (2003, p. 53) escreve:

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 se podem 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 de Integralidade era o de indicar as vantagens de articular as ações voltadas para responder à demanda assistencial com aquelas destinadas à prevenção.

O autor complementa:

[...] as ações preventivas diferem radicalmente das assistenciais, posto que não são demandadas pelos usuários, implica que não basta simplesmente defender a utilização de tecnologias de diagnóstico precoce ou incentivar comportamentos supostamente mais saudáveis de modo articulado com as ações assistenciais. Há que se diferenciar um uso dessas formas de intervenções preventivas que simplesmente expande o consumo de bens e serviços de saúde ou que simplesmente integra os dispositivos de sustentação da ordem social (através da regulação dos corpos) do uso judicioso e prudente dessas mesmas técnicas de prevenção, feito na perspectiva de assegurar o direito dos benefícios à saúde. Integralidade e prudência andam, pois, juntas (MATTOS, 2001, p. 50).

Daí deriva a importância de todos os profissionais de saúde, em especial o médico, em seu contato com o paciente com algum sofrimento, valerem-se do encontro para avaliar fatores de risco de outras doenças e indicadores de vulnerabilidade social e psicológica, por exemplo, que não necessariamente são os envolvidos no sofrimento concreto daquele paciente; esta atitude ilustra uma prática voltada para a Integralidade, uma vez que congrega assistência e prevenção.

Nesse sentido da Integralidade, assistência e prevenção devem estar articuladas, não em conformidade com o sugerido pelo modelo da medicina preventiva, que tentava suprimir a distinção entre prevenção e assistência pelo simples enunciado de que tudo é prevenção. Na concepção da Integralidade as “atividades preventivas são profundamente distintas das experiências assistenciais, essas diretamente demandadas pelo usuário”. As chamadas práticas de diagnóstico precoce e demais práticas preventivas devem ser exercidas com cautela, pois caracterizam o processo de medicalização<sup>8</sup>; e neste sentido a medicina preventiva é altamente medicalizante no sentido de ampliar as possibilidades de aplicar com certa eficácia técnica os conhecimentos sobre a doença, para reger aspectos da vida social. “Por meio dela, a medicina não só trata doentes; ela recomenda hábitos e comportamentos. Ela invade a vida privada para sugerir modos de vida mais saudáveis, ou seja, supostamente mais capazes de impedir o adoecimento”. (MATTOS, 2001, p. 49).

Sabe-se que atualmente a prevenção, ou mesmo a descoberta de uma doença em seu estágio inicial colabora na redução dos danos causados pela doença ou diminui e até exclui o aparecimento de determinadas enfermidades, porém serão inválidas técnicas de diagnóstico

---

8 Mattos, 2001, p. 49; utiliza-se do termo medicalização para indicar um processo social através do qual a medicina foi tomando para si a responsabilidade sobre um crescente número de aspectos da vida social.

precoce ou tão avançada tecnologia se os profissionais em contato com elas não souberem decodificá-las em benefício do paciente. O profissional de saúde, ao atender o sujeito que veio até ele motivado por algum sofrimento, deve ter uma postura investigativa, isto é, aproveitar “o encontro para apreciar fatores de riscos de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto daquele paciente, e/ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento”; privilegiando, portanto assistência e prevenção (MATTOS, 2001, p. 49).

Portanto, entende-se que no plano das políticas de saúde as ações preventivas e assistenciais têm impactos diferenciados: a primeira surge para responder a determinadas necessidades ou demandas do usuário, enquanto a segunda tem como foco ampliado modificar o quadro social de uma doença, e segundo Mattos (2003) “pode inclusive modificar a demanda futura por serviços assistenciais. Ambas, quando adequadas, constroem a legitimidade das políticas de saúde”.

Mattos (2003) ainda ressalta a importância de compreender que tanto assistência quanto prevenção devem estar aliadas, pois é “duplo dever do sistema assegurar a resposta às necessidades e as demandas por ocasiões preventivas e assistenciais”. E ele diz que isso ocorre por conta de dois fatores:

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 a 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.

Ao se referir ao modo como as políticas de enfrentamento a certas doenças são elaboradas, Mattos (2003, p.55) afirma que elas não podem se reduzir a “[...] políticas que têm por único objetivo reduzir a magnitude de certas doenças”. Isso implica dizer que no momento da formulação dessas políticas é necessário ir além de indicadores epidemiológicos; ele indica como desafio a elaboração de políticas que compatibilizem controle, erradicação ou mesmo mudança de magnitude da doença em âmbito municipal, por exemplo, e o acesso dos portadores da doença aos serviços de assistência.

Na perspectiva da Integralidade, os desafios apresentados pelas doenças vão além da oferta de serviços assistenciais, devem estar voltados para questões referentes às

possibilidades futuras de redução do número de portadores dessa doença. Para tanto “as políticas de saúde pautadas na Integralidade devem basear-se numa perspectiva ampliada de apreensão das necessidades assistenciais” (MATTOS, 2003, p. 56).

É relevante destacar que políticas elaboradas com caráter integral abordam não somente as pessoas portadoras de determinadas doenças, mas todos os usuários do sistema, e devem prever que o usuário portador da doença é portador também de um amplo conjunto de necessidades que não podem ser apreendidas por meio de formulários.

Desse modo, podemos dizer que políticas pautadas na Integralidade abordam tanto ações preventivas como assistenciais, e ainda, “partem de uma apreensão ampliada das necessidades das pessoas portadoras ou não da doença<sup>9</sup>” (MATTOS, 2003, p. 56).

### 3.3 A Integralidade em práticas alternativas

A demanda por serviços de saúde decorrentes de problemas psicossociais, o desequilíbrio da relação demanda-oferta dos serviços públicos de saúde e do limites do modelo biomédico, evidenciam a necessidade de rever os modelos de atenção disponibilizados à população.

No ano de 2006 foi criada junto ao Ministério da Saúde a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. Esta política atende, à necessidade de conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, entre as quais se destacam aquelas no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, da Homeopatia, da Fitoterapia, da Medicina Antroposófica e do Termalismo-Crenoterapia (PNPIC, 2006).

Vejamos:

Atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na Integralidade do indivíduo, a PNPIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS. Nesse sentido, o desenvolvimento desta Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares deve ser entendido como mais um passo no processo de implantação do SUS.

---

<sup>9</sup> Mattos (2003) complementa que uma dimensão específica dessa ampliação é a que diz respeito aos direitos das pessoas. A questão não se refere apenas ao direito ao acesso aos serviços de saúde. Refere-se ao conjunto de direito da pessoa.

Ainda:

Considerando o indivíduo na sua dimensão global - sem perder de vista a sua singularidade, quando da explicação de seus processos de adoecimento e de saúde, a PNPIC corrobora para a Integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS. Estudos têm demonstrado que tais abordagens contribuem para a ampliação da co-responsabilidade dos indivíduos pela saúde, contribuindo assim para o aumento do exercício da cidadania (PNPIC, 2006, p.4-5).

A PNPIC caminha na busca da ampliação das ofertas de saúde, da oportunidade de acesso a serviços antes restritos à prática de cunho privado e, também, da disponibilização aos usuários de opções preventivas e terapêuticas de diferentes abordagens. A PNPIC almeja “concretizar tais prioridades, imprimindo-lhes a necessária segurança, eficácia e qualidade na perspectiva da Integralidade da atenção à saúde no Brasil” (PNPIC, 2006).

De outro lado, temos as produções acadêmicas bem avançadas em relação a esse tipo de práticas. Lacerda e Valla (2003) trazem como alternativas terapêuticas o apoio social e a homeopatia para a construção da Integralidade das ações na relação oferta e demanda dos serviços de saúde.

Segundo os autores:

O apoio social tem origem no pensamento acadêmico, a partir da década de 1980, e aponta para a possibilidade de enfrentamento dos problemas de saúde-doença, via estabelecimento de relações solidárias entre os sujeitos. Os trabalhos iniciais sobre o 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. (LACERDA e VALLA, 2003, p.173).

A ruptura à qual os autores fazem referência pode ser desencadeada por fatores psicossociais, agregados às mudanças repentinas de vida, como por exemplo, separações, adoecimentos, desemprego ou migração, violência, luto, etc. Portanto, este pensamento parte do pressuposto de que o rompimento das relações aumenta a vulnerabilidade dos sujeitos ao adoecimento. Essa ruptura de vínculos pode estar ligada a diferentes fatores principalmente os psicossociais associados a mudanças inesperadas de vida. Também se justifica ao evidenciar que o capitalismo enquanto modelo socioeconômico contribui para o aumento das disparidades das classes sociais devido à má distribuição de renda, que gera violência, uso de

drogas e desemprego, entre outras expressões da questão social.

Recorrentemente encontramos profissionais de saúde, que assim como já temos discutido neste trabalho, estão centrados apenas nos aspectos físicos ou biológicos produzidos pelas doenças nas pessoas e populações, sem considerar o contexto no qual os mesmos estão inseridos. Muitas vezes as causas das patologias desenvolvidas pelos usuários não estão diretamente ligadas somente a um desequilíbrio das funções corporais, mas a determinantes sociais que influenciam seu cotidiano. Um exemplo disto é o aumento considerável do aparecimento de determinadas síndromes, que desencadeiam depressão, ansiedade e outros transtornos. Tais sintomas são responsáveis por grande parte da demanda por atendimentos nos serviços públicos.

Cassel (1976), Berkman (1985) e Spiegel (1997), apud Lacerda e Valla (2003, p. 174) destacam a importância do apoio social:

[...] 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 diversos estudos.

Associada ao apoio social está a formação de redes que conforme Bowling (1994), apud Lacerda e Valla (2003, p. 174), consistem em “uma teia de relações sociais que circunda os diversos indivíduos conectados pelos laços ou vínculos sociais” permitindo que os recursos de apoio fluam através desses vínculos que não necessariamente se estabelecem por toda uma rede, mas também de forma singular entre os sujeitos.

O apoio social pode ser entendido como os vários recursos emocionais, materiais e de informação recebidos pelos sujeitos através de relações sociais, sejam elas de cunho mais íntimo com amigos e familiares, ou de grupos e redes sociais. É um processo em que há correspondência de ambas as partes, e o resultado gerado é positivo tanto para quem recebe como para quem oferece o apoio, pois os envolvidos obtêm uma “sensação de coerência de vida e maior sentido de controle sobre a mesma”. Neste processo as pessoas compreendem que necessitam umas das outras, principalmente no que tange “à dimensão da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde” (VALLA, 2005, p. 104).

Apesar de o apoio social ser benéfico e poder ser acessado por qualquer sujeito independente de sua classe social, as pesquisas realizadas apontam para o aparecimento desta estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde eminentemente nas classes populares,

onde o acesso aos serviços de saúde é restrito e a população convive com a escassez de recursos financeiros.

Valla (2005, p. 107) relata:

[...] é importante analisar o modo como as classes populares vêm se organizando, tecendo estratégias e táticas para enfrentar os problemas do cotidiano por meio das atividades e práticas de apoio social, como a organização de alguns grupos religiosos. Uma das premissas é que, por falta de recursos, as classes populares procuram centros religiosos para solucionar seus problemas de saúde. As religiões evangélicas pentecostais, apesar de coexistirem com o mundo moderno, resistem à marginalização que o capitalismo impõe e fazem frente às dificuldades que as classes populares enfrentam em seu dia-a-dia, dificuldades que não vêm sendo resolvidas junto ao governo e aos partidos políticos. [...] é preciso ter cuidado ao interpretar as ações das classes populares e sua relação com a religião, pois o que pode ser visto como tentativa de resolver exclusivamente um problema material, na verdade pode ser resultado da vontade de viver a vida mais plenamente possível. Desse modo, a busca religiosa pode ser o resultado da procura por uma explicação, um sentido que torne a vida mais coerente, o que por sua vez é uma das propostas do apoio social.

Corten (1996) citado por Valla (2005) relata o fato de muitos líderes de religiões evangélicas acreditarem que alguns males não são físicos, mas psicossomáticos, e por isso dispensarem a utilização de medicamentos. É nesta perspectiva, afirma o autor, que o cuidado integral assume relevância nestas religiões, na medida em que lida com os sentimentos das pessoas e auxilia no apoio emocional, propiciando elevação da auto-estima através de palavras e gestos de conforto e solidariedade.

Tais ações são possibilitadas no momento dos cultos evangélicos, entendidos como espaços de convívio e de práticas de apoio social. Apesar de estas igrejas não provocarem a promoção ou a organização de ações coletivas, no sentido de mudanças nas estruturas sociais da sociedade de forma mais abrangente, não se pode desprezar o efeito terapêutico que a participação nos cultos e outras atividades em grupo desenvolvidas por estes cristãos lhes proporciona:

“Seja porque cuida dos fiéis por meio do apoio social/emocional oferecido pelas palavras de conforto e estímulo, sem culpabilizá-los por suas atitudes, ou por propiciar um ambiente acolhedor, no qual os sujeitos são ouvidos em suas queixas e problemas, ou ainda pela formação de uma rede social, em que se divulgam as ofertas de trabalho e emprego” (VALLA, 2005, p. 112).

Com relação aos serviços públicos de saúde e o apoio social, frente ao desequilíbrio

entre demanda e oferta, pode-se dizer que o apoio social tem sido uma estratégia de defesa utilizada pela população com a finalidade de “romper com o isolamento causado pela cultura individualista que predomina na sociedade capitalista atual” (LUZ, 2001, p. 28).

Outra prática alternativa de saúde que estudamos é a homeopatia. Esta integra a lista de práticas da PNPIC, como vimos acima. A homeopatia é um sistema médico complexo de caráter holístico, tem seu fundamento no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida na Alemanha por Samuel Hahnemann no século XVIII, após a prática de estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época. A partir de então, esta racionalidade médica se expandiu por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia. No Brasil, a homeopatia foi introduzida por Benoit Mure em 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento (PNPIC, 2006).

Desde a década de 1980 a homeopatia é reconhecida no Brasil como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina, em 1992 foi reconhecida pelo Conselho Federal de Farmácia e em 2000 pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária. A partir dos anos de 1980 a homeopatia ganhou destaque como prática de saúde e inclusive foi disponibilizada na rede pública de atendimento em alguns municípios.

Com a PNPIC (2006, p.18), a homeopatia representa uma estratégia para a construção de um modelo de atenção centrado na saúde, pois:

- Recoloca o sujeito no centro do paradigma da atenção, compreendendo-o nas dimensões física, psicológica, social e cultural. Na homeopatia o adoecimento é a expressão da ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões. Desta forma, essa concepção contribui para o fortalecimento da Integralidade da atenção à saúde.
- Fortalece a relação médico-paciente como um dos elementos fundamentais da terapêutica, promovendo a humanização na atenção, estimulando o autocuidado e a autonomia do indivíduo.
- Atua em diversas situações clínicas do adoecimento como, por exemplo, nas doenças crônicas não-transmissíveis, nas doenças respiratórias e alérgicas, nos transtornos psicossomáticos reduzindo a demanda por intervenções hospitalares e emergenciais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários.
- Contribui para o uso racional de medicamentos, podendo reduzir a fármaco-dependência.

A homeopatia entende as enfermidades como alterações na saúde do corpo e da mente desencadeadas pelo desequilíbrio vital (HANEMANN, 1921, apud LACERDA e VALLA, 2003); enquanto a biomedicina trabalha com o conceito de saúde como ausência de

doença, centrado na relação entre normal e patológico (CANGUILHEM, 1978, apud LACERDA e VALLA, 2003).

Portanto, a homeopatia está voltada para a cura do sujeito e não somente centrada no desaparecimento dos sintomas nosológicos, o que para seus adeptos, é onde se estabelece a grande diferença em relação à biomedicina, pois ao invés de suprimir sintomas o que pode agravar o processo de adoecimento, busca-se o desaparecimento definitivo dos mesmos. Porém, segundo Lacerda e Valla (2003), um dos maiores problemas dos serviços públicos é justamente a crescente medicalização como única forma terapêutica, sem considerar que muitos problemas de saúde são resultantes de determinantes psicossociais e o que está sendo feito é “medicar os problemas da vida”. É recorrente no cotidiano a desvalorização dos sentimentos e da emoção dos usuários, pois são considerados doentes para a biomedicina somente aqueles portadores de uma patologia diagnosticada.

Mesmo com a valorização da homeopatia por parte de Lacerda e Valla (2003, p.191), ambos alertam que os médicos homeopatas ainda são poucos colaborativos com a prática do apoio social. Eles dizem que embora os homeopatas investiguem as relações das pessoas, os vínculos sociais, e a forma de agir dos sujeitos no mundo, é preciso que incorporem a dimensão da rede social dos pacientes na sua prática cotidiana, assim, ao identificar que os sujeitos sofrem com processos de perda ou demonstram dificuldade de se relacionar, 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”.

Silva Jr. (2003, p. 124) complementa a idéia supracitada:

As equipes de saúde exploram pouco os espaços relacionais com os usuários como espaço terapêutico e pouco conhecem sobre outras tecnologias que oferecem 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.

Homeopatia e apoio social juntos estimulam a autonomia, concentram-se no cuidado, conduzem os usuários a um projeto de vida diferenciado; que lhes dá esperança e fortalece seus sonhos. “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” (LACERDA e VALLA, 2003, p. 192).

Além da homeopatia, integra também a PNPIC/SUS a Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura. Esta se originou na China, e caracteriza-se por um sistema médico integral que utiliza uma linguagem simbólica para retratar as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade. Seu fundamento é a teoria do Yin-Yang, ou seja, o mundo está dividido em duas forças, desta forma os fenômenos são interpretados como opostos complementares. Portanto, o objetivo deste conhecimento é obter meios de equilibrar esta dualidade.

A Acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de forma integral e dinâmica o processo saúde-doença no ser humano. Ela permite que outros recursos terapêuticos sejam aplicados concomitantemente a ela. A acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças.

No Brasil, a acupuntura foi introduzida há cerca de 40 anos. Desde 1999, a consulta médica em Acupuntura está inserida no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), o que permitiu acompanhar a evolução das consultas por região e em todo país. Dados desse sistema demonstram um crescimento de consultas médicas em acupuntura em todas as regiões. Em 2003, foram 181.983 consultas, com uma maior concentração de médicos acupunturistas na região Sudeste (213 dos 376 cadastrados no sistema) (PNPIC/SUS, 2007).

A Fitoterapia, outra prática inserida na PNPIC/SUS (2007, p. 18), é definida como:

Uma "terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal". O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças.

Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, a OMS tem expressado a sua posição favorável a respeito da utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário, tendo em conta que 80% da população mundial se utiliza de algum tipo de planta ou preparações destas no que se refere à atenção primária de saúde. Atrelada a isso, destaca-se a participação dos países em desenvolvimento neste processo, já que possuem 67% das espécies vegetais do mundo.

O interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a Fitoterapia no SUS. A partir da década de 80, diversos documentos foram elaborados

enfatizando a introdução de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção básica no sistema público (PNPIC/SUS, 2007).

Além da acupuntura, homeopatia e fitoterapia encontramos ainda como Práticas Integrativas o Termalismo Social ou Crenoterapia e a Medicina Antroposófica. O primeiro, foi introduzido no Brasil durante a colonização portuguesa, porém há registros de que desde o Império Grego já fosse uma terapia utilizada. O Termalismo consiste na utilização de águas minerais, de forma terapêutica, no tratamento de saúde.

A Medicina Antroposófica, por sua vez, foi introduzida no Brasil há 60 anos. É considerada uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção se dá de maneira transdisciplinar, com o intuito de alcançar a Integralidade em saúde. Combinados à terapêutica da Medicina Antroposófica estão medicamentos de base homeopática e fitoterápica (PNPIC, 2007). Esta abordagem entende o ser humano:

como portador de quatro estruturas essenciais, de quatro elementos constituintes, também habitualmente chamados de "corpos". Uma analogia pode ser feita tanto com os quatro reinos da natureza como também com os quatro elementos alquímicos fundamentais. São eles:

- CORPO FÍSICO: é a estrutura sólida, substancial, existente em diversas formas em todos os reinos da natureza (mineral, terra).
- CORPO VITAL ou ETÉRICO: é o fundamento da vida, das características puramente vegetativas (crescimento, regeneração e reprodução), presentes em todos os organismos vivos (vegetal, água).
- CORPO ANÍMICO ou ASTRAL: é o fundamento da organização sensitiva do homem. Ele reordena os processos biológicos, permitindo a aparição do sistema nervoso e da vida psíquica no mundo animal e no homem (animal, anima, alma, ar)
- ORGANIZAÇÃO DO EU: é a organização própria do homem, considerada como nossa entidade espiritual e responsável pela autoconsciência, reorganizando as atuações dos outros três corpos. Sua presença determina o surgimento do andar ereto e as capacidades de falar e pensar. Está relacionada com o calor no âmbito do organismo (espírito, calor, fogo) (ABAM, 2007).

Ainda:

Assim, o diagnóstico em Medicina Antroposófica envolve, além da anamnese, do exame clínico e dos exames complementares, a pesquisa dessas estruturas não sensíveis da natureza humana (corpo vital, corpo anímico e organização do Eu), por meio de metodologia própria, inspirada no estudo fenomenológico do modelo vivo saudável. A terapêutica antroposófica envolve o uso de medicamentos específicos, procedentes de substâncias dos reinos mineral, vegetal e animal, utilizados de acordo com processos farmacêuticos próprios de diluição e dinamização, além de terapias complementares, tais como: terapia artística, massagem rítmica, aplicações externas, euritmia curativa, musicoterapia, quirofonética,

dentre outras. Como a Medicina Antroposófica não se contrapõe à Medicina Acadêmica, há a possibilidade de uso concomitante dos medicamentos convencionais, quando necessário (ABAM, 2007).

### 3.4 A Integralidade como articulação dos serviços - intersetorialidade

A partir da promulgação da Constituição de 1988 e da posterior criação do SUS a política nacional de saúde é submetida a operar mediante o “dilema da intersetorialidade”<sup>10</sup> explicitada em um ambiente tradicionalmente setorial, pressupondo mediação com outros atores para a introdução de mudanças necessárias à viabilização da política (ANDRADE, 2006, p. 29).

Guedes (2001) lembra-nos que aliadas à nova política de saúde, surgem também novas diretrizes, como a descentralização, prevista na lei nº. 8080/90, onde consta: “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde” (CRESS, 2002, p. 165). Para o SUS a descentralização era definida na concepção federalista, uma vez que coube à própria Constituição Federal tornar os municípios integrantes da Federação. Estas unidades subnacionais adotaram inicialmente um desenho de atuação prioritariamente individualizador e fragmentado da rede de serviços. Aliado a este processo houve o predomínio de uma indefinição de papéis e poderes entre as diferentes esferas do governo, dificultando sobremaneira a unificação do comando do SUS (GUEDES, 2001).

Desse modo, o movimento nacional ocorrido no período, com seus embates iniciais gerados por uma nova concepção de política de saúde, foram influenciados por outro movimento: o da promoção da saúde. Como já destacamos acima, a promoção da saúde teve seu conceito fortemente discutido na Conferência de Otawa em 1986 onde se concluiu que a mesma “consiste em proporcionar aos povos os meios para melhorar a saúde e exercer maior controle sobre ela” (ANDRADE, 2006, p. 50).

O conceito de promoção da saúde trouxe consigo uma nova ótica de significado para o entendimento do que seria saúde. Sabe-se que esta foi apreendida em uma concepção ampla que abarca em seu domínio as condições de vida como um todo das pessoas e das populações.

Voltemos, portanto, à intersetorialidade. Pode-se dizer que a intersetorialidade ocupa um espaço privilegiado em meio a essas discussões e formulações teórico-práticas. Isto se

---

<sup>10</sup> A expressão entre aspas é utilizada por Andrade (2006).

explica pelo fato de, a partir dos novos modelos de saúde construídos, novas demandas terem surgido. Vejamos o que nos diz Andrade (2006, p.50):

[...] as determinações de saúde foram sendo relacionadas ao impacto das dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas nas coletividades para alcançar um desenvolvimento social mais equitativo. Ressalta-se, ainda, a “combinação de estratégias”, ou seja, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, dos sistemas de saúde e de outros parceiros intersetoriais. Em suma, a saúde não é assegurada apenas pelo setor saúde.

A afirmativa de Andrade é um chamado à responsabilização mútua de todas as esferas governamentais, para a ação intersetorial priorizando a promoção da saúde e suas interfaces como a Integralidade. É preciso que os vários setores ajam sobre os problemas de forma articulada culminando em ações eficazes, fruto da democratização de informações e descentralização do poder e das ações (BIDLowski, 2004).

A valorização do sentido de intersetorialidade tem se destacado no sentido da integração efetiva das políticas e serviços de saúde com outros serviços. Um exemplo disto foi o termo de compromisso firmado entre o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), em 2004, em favor da saúde da população negra, reconhecendo que:

A falta de um conhecimento científico da saúde da população brasileira afro-descendente é fruto do conceito equivocado de que no Brasil existe uma democracia racial; que o princípio da equidade social, regional, de gênero, de raça e de etnia, para ser exercida, exige a atuação intersetorial, por meio de parcerias entre diversas áreas governamentais levando à integração das políticas públicas e ao fortalecimento da participação social, cabendo ao Ministério da Saúde, no papel de gestor federal; “dispor de todas as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde”, por meio da Política Nacional de Saúde, em parceria com os gestores estaduais e municipais (SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE, 2006).

Para alcançar o objetivo de inclusão social e redução dos diferentes graus de vulnerabilidade a que está exposta a população negra; o termo de compromisso supracitado deve priorizar a produção dos conhecimentos científicos, capacitação dos profissionais de saúde (promoção de mudanças de atitudes), informação da população e atenção à saúde. Fica nítido que a intersetorialidade está na pauta de diferentes esferas de serviços e que isto

pressupõe uma mudança radical no modelo de atenção das políticas setoriais; elas têm como incumbência executar um serviço articulado e criativo, e desta forma praticar a Integralidade em saúde.

Dentre os temas discutidos como integrantes da polissemia da Integralidade, também encontramos a intersectorialidade, entendida como a articulação entre os serviços de saúde e de toda a rede adjacente, que se caracteriza de acordo com dinâmica da administração pública da qual faz parte.

Mattos (2001) pondera ser esse sentido da Integralidade correspondente a uma crítica da desagregação entre as práticas de saúde pública e as assistenciais. Ele diz que “o princípio da Integralidade aqui se aplica a partir da indignação com certas características das práticas então existentes, indignação que permanece atual” (MATTOS, 2001, p. 54). O autor exemplifica sua crítica considerando inadmissível o fato de uma mulher com hanseníase ser acompanhada por um médico que não saiba como está se dando seu acompanhamento ginecológico desta paciente e vice-versa<sup>11</sup>. A mesma avaliação se aplica ao caso de um homem diabético, com tuberculose e hérnia inguinal que tenha de dar entrada em três pontos distintos do sistema de saúde para encaminhar a resolução de seus problemas.

Para responder as suas próprias críticas, Mattos (2001) declara que a noção de Integralidade exigiria certa “horizontalização” dos programas anteriormente verticais. Segundo o autor, as equipes das unidades deveriam passar a pensar suas práticas, sobretudo desde o horizonte da população a que atendem e das suas necessidades, e não mais a partir do ponto de vista exclusivo de sua inserção específica neste ou naquele programa do ministério (MATTOS, 2001, p. 55).

Mattos (2001) discute, ainda, dois aspectos que aprofundam a reflexão da Integralidade ligada à organização e a prática dos serviços de saúde. A primeira se refere ao destaque dado à epidemiologia e a segunda ao risco da restrição na esfera dos serviços ofertados.

O autor explica:

[...] não há dúvidas de que a epidemiologia oferece ótimas ferramentas para uma das percepções das necessidades de serviços de saúde de uma

---

11 O autor explica que sua indignação é composta neste momento por razões técnicas: de um lado, entre os estigmas da hanseníase está a idéia equivocada que suprime o direito reprodutivo das mulheres com hanseníase. De outro, há interferências medicamentosas entre as substâncias utilizadas no tratamento e a eficácia dos anticoncepcionais orais. Por fim, entre as medicações potencialmente úteis no manuseio dos quadros reacionais está a talidomida, substância sabidamente capaz de provocar malformação, cujo uso só pode ser feito em mulheres quando os profissionais estão seguros de que a paciente não tem risco de engravidar durante o tratamento (Mattos, 2001, p. 64, nota n. 5).

população, mas de modo algum ela oferece a única forma de caracterizar tais necessidades, nem tais necessidades apreendidas epidemiologicamente são mais do que, por exemplo, aquelas outras manifestas através da demanda espontânea. Algumas ações simplesmente não podem ser apreendidas pela dimensão epidemiológica [...]. Por sua vez, a demanda espontânea pode ser vista como expressão de uma outra forma de percepção das necessidades de saúde que de modo algum pode ser ignorada quando se discute a organização de serviços de saúde. E a demanda espontânea não se reduz a um perfil de morbidade, pois outras podem ser as razões dos que buscam os serviços de saúde (MATTOS, 2001, p. 56).

O autor defende a idéia de que os serviços devem estar ordenados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem.

Cecílio (2001, p. 117), diz que “a Integralidade da atenção como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, seja em um centro de saúde, uma equipe de PSF, um ambulatório de especialidades ou um hospital [...] e outras instituições não necessariamente do setor de saúde” é tarefa para um esforço intersetorial. O autor parte do princípio de que a Integralidade da atenção deve ser pensada na esfera “macro”, isto é, a (máxima) Integralidade no espaço singular do serviço pensada como parte de uma Integralidade mais ampliada que se realiza em uma rede de serviços de saúde ou não. Isto quer dizer que a Integralidade deve ser pensada em rede e utilizada pelas equipes de saúde como objeto de reflexão de novas práticas da equipe, em particular a compreensão de que ela não se dá em um lugar só; e que a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial.

Portanto, é necessário que o foco de atenção da Integralidade seja ampliado para todos os setores dos serviços de saúde, pois muitas vezes isto acontece somente no nível primário de atenção, sendo que a Integralidade não se realiza nunca em um só serviço, ela é um objetivo de rede.

Nessa perspectiva Junqueira e Inojosa (Datusus, 2004), dizem que:

As estruturas setorializadas tendem a tratar o cidadão e seus problemas de forma fragmentada, com serviços executados solitariamente, embora as ações se dirijam à mesma criança, à mesma família, ao mesmo trabalhador e ocorram no mesmo território e meio-ambiente. Conduzem a uma atuação desarticulada e obstaculizam mesmo os projetos de gestões democráticas e inovadoras. O planejamento tenta articular as ações e serviços, mas a execução desarticula e perde de vista a Integralidade do indivíduo.

Essa realidade segundo os autores é recorrente no aparato estatal, porque as políticas são elaboradas conforme interesses de grupos existentes no interior das instituições e não da

população. Contrapõe-se a essa prática setorial uma lógica que está voltada para atender a população. Para os autores citados, a intersetorialidade nas práticas de saúde tem exigido por parte das equipes um conhecimento dos indivíduos e grupos da população, juntamente com as determinações sociais que condicionam suas situações de vida. Para tanto, os autores propõem a articulação entre dois eixos: o da descentralização e o da intersetorialidade.

Para Junqueira e Inojosa a intersetorialidade está diretamente ligada à forma de administração dos municípios e conseqüentemente das secretarias de saúde. Eles citam o exemplo da cidade de Fortaleza - CE, que passou por uma reforma administrativa, e a Prefeitura Municipal de Campinas - SP, as quais, partindo da descentralização e da intersetorialidade, procuram superar a dicotomia setorial da ação concreta. Portanto, “uma reforma administrativa tem que contemplar as necessidades dos cidadãos em sua Integralidade” (JUNQUEIRA E INOJOSA, DATASUS, 2004).

Tomando como referência a experiência da cidade de Fortaleza, os autores apontam a necessidade de romper com antigas e rígidas formas de organização municipal e avançar para uma lógica que privilegie as necessidades dos cidadãos. E ainda:

Além do centro das relações entre o governo municipal e o cidadão fluir para o âmbito local a reorganização do trabalho descentralizado e intersetorial busca viabilizar que, nesse espaço, o munícipe retome a sua identidade, a Integralidade de seus direitos e que o governo da sua cidade promova o alcance de uma qualidade de vida digna da condição de cidadão (JUNQUEIRA E INOJOSA, DATASUS, 2004).

Outros autores destacam a participação dos cidadãos como essencial não somente nos momentos de fiscalização e controle das ações do Estado ou reivindicação dos seus direitos, mas principalmente na formulação das políticas públicas (FERLA, CECCIM e PELEGRINI, 2003). Esses citam o exemplo do Rio Grande do Sul, onde desde 1999, a política de saúde foi fundada na idéia da Integralidade da atenção. Para pôr o novo modelo de atenção em prática e garantir a intersetorialidade do sistema, algumas modificações foram realizadas, a começar pela descentralização e estrutura horizontal das secretarias resultando no fortalecimento das representações regionais. O planejamento, acompanhamento e gerenciamento do sistema acompanharam a descentralização com as macrorregiões de atenção integral à saúde.

A intersetorialidade pode se expandir para além da saúde, isto é entre as políticas, afinal os sujeitos não podem ser vistos somente dentro de espaços institucionais isolados.

Mioto (2004, p. 12) ao se referir às políticas relacionadas a famílias em situação de risco afirma ser necessário superar a focalização:

A centralidade da família é garantida à medida que com base nos indicadores das necessidades familiares, desenvolva-se o processo de atenção às famílias dentro dos princípios da universalidade e Integralidade sustentada pela intersetorialidade e pela interdisciplinaridade. Dessa forma falar de famílias e políticas públicas implica em pensar numa política de articulação entre as políticas para que não se incorra em processos de fragmentação e se mantenha o acesso e a qualidade dos serviços para o atendimento de todas as famílias.

Precisamos de um esforço intersetorial para superar a fragmentação e a pontualidade ainda tão presentes na resposta às demandas. Cecílio (2001, p. 119) nos desafia ao dizer que “não temos nos ocupado com a questão da Integralidade de uma forma mais “completa”, pelo menos do ponto de vista daquela pessoa concreta que, naquele momento, busca alguma forma de assistência”. A Integralidade ampliada ou completa, conforme Cecílio (2001, p. 120), significa uma “relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima Integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e de cada rede de serviços de saúde e outros”. O cuidado das demandas individuais ou coletivas, em qualquer espaço dos serviços de saúde, deve congrega as potencialidades e as possibilidades de outros saberes disponíveis na equipe e em outros serviços, sejam eles de saúde ou não.

No ano de 2004 ocorreu em Brasília a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Em seu relatório final consta como parte integrante das diretrizes gerais a Articulação Intersetorial das Políticas Públicas e Políticas Públicas Específicas (Reforma Agrária; questões étnicas, culturais, sociais e ambientais; currículos escolares/formação educacional; etc.). Integram o texto destas diretrizes os seguintes pontos:

- Promover a articulação entre os serviços públicos de saúde, as instituições de pesquisa e a sociedade, nas três esferas de governo, adotando a intersetorialidade como estratégia fundamental no desenvolvimento de tecnologias adequadas para a redução de iniquidades e aumento da inclusão social, de forma a possibilitar a realização de diagnósticos integrados, inovação de ações sobre a coletividade, processos de trabalho, e a avaliação de resultados das ações implementadas;
- Implementar ações intergovernamentais, com recursos específicos das respectivas áreas, criando instrumentos normativos para garantir a perenidade das ações intersetoriais, com vistas ao enfrentamento dos problemas nacionais prioritários em

defesa da vida;

- Desenvolver políticas intersetoriais, nas três esferas de governo, assegurando o controle social, voltadas a garantir a promoção da saúde e a qualidade de vida envolvendo prioritariamente os seguintes setores e instituições – saúde, educação, seguridade social, urbanismo, meio ambiente, agricultura, trabalho, cultura, esportes, transporte, Ministério Público, justiça, segurança, assistência social, Secretaria de Promoção da Igualdade Racial (SEPIR) e Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher (SEDIM), dentre outras;
- Garantir a descentralização de recursos do governo para o desenvolvimento de ações integradas, sustentáveis e intersetoriais, orientadas pelas características socioculturais e geográficas, configuradas a partir dos contextos de risco apontados nos diferentes perfis epidemiológicos e sociais, priorizando as áreas de segurança alimentar e nutricional, saneamento básico, meio ambiente, trabalho e educação;
- Criar e implementar uma agenda intersetorial para a saúde da população brasileira nas três esferas de governo, articulando ministérios e secretarias estaduais e municipais de saúde, segundo a natureza do problema a ser tratado;
- Efetivar a Integralidade das ações que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde, dirigidas a todas as fases da vida e de forma abrangente para toda a população, garantida por meio de políticas públicas sustentadas em adequado arcabouço legal e com efetivo controle social.

Além da integração dos serviços, o relatório da 12ª CNS ressalta que “a articulação entre os diversos ministérios é o caminho para a consolidação da Reforma Sanitária. Significa conferir prioridade a problemas de saúde e garantir sua abordagem de forma intersetorial como política de governo”. Deste modo, a articulação intersetorial mais próxima da área da saúde é a efetivação de um sistema de seguridade social ativo e operante em suas diversas esferas (RELATÓRIO da 12ª CNS, 2004, p. 43).

Ainda que a integração dos níveis e das instituições prestadoras de serviços de atenção e cuidado resulte em maior Integralidade, seu significado é bem mais abrangente que isto. O ideário da Integralidade é composto por um processo que se inicia na “formulação de políticas do nível macro pelo Estado, passa pela gestão e gerência nos distintos níveis até a produção de ações de cuidado de saúde por meio das práticas para a atenção e o cuidado dos indivíduos” (COSTA, 2004).

## 4 O DEBATE DA INTEGRALIDADE E O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

O avanço em direção à efetivação da Política Nacional de Saúde e seus preceitos passa necessariamente pelas práticas de planejamento, gestão e execução intermediadas pelos recursos humanos. Daí a importância de destacar o exercício profissional como sendo um sentido da Integralidade, lembrando que este processo se inicia na formação acadêmica a qual é responsável por direcionar o perfil dos futuros profissionais do setor público e privado. Uma formação voltada para a promoção da saúde, atenta aos determinantes sociais da saúde e da doença e para o trabalho em equipe; é fundamental para o rompimento da hegemonia biomédica. Neste capítulo, observaremos a importância destas prerrogativas, e algumas perspectivas do exercício profissional que visam a Integralidade.

### 4.1 A Integralidade como prática profissional não-fragmentada

O sentido da Integralidade como prática profissional não fragmentada é entendido a partir do exercício profissional. Ou seja, espera-se que os profissionais de saúde tenham um olhar mais atento a seus pacientes/usuários não restringindo suas observações à relação saúde – doença, mas interpretando os vários fatores que intervêm nela. Em suma, não fragmentar os usuários enquanto partes de um corpo ou desvinculados de seu contexto sócio-econômico-cultural.

De maneira geral, ao se referir à Integralidade, pode-se imaginar que isto implica proporcionar ao usuário atendimento pleno conforme é seu direito: acesso a cuidados que vão além da cura de uma doença, atendimento para suas necessidades psicológicas, sociais; e profissionais atentos aos inúmeros fatores (saneamento básico, desemprego, violência e outros) que contribuem para o surgimento de patologias, os quais com base nisto encaminharão o tratamento do usuário conforme suas reais necessidades.

Um atendimento focado somente nos aspectos físicos pode resultar em um diagnóstico distorcido e até mesmo em tratamento não adequado. Por isto não se pode reduzir um sujeito, que é atravessado por diversas determinações, a um corpo ou às doenças que é acometido. É preciso ir além deste olhar, vejamos:

O conceito de doença constitui-se a partir de uma redução do corpo humano, pensado a partir de constantes morfológicos e funcionais, as quais se definem por intermédio de ciências como a anatomia e a fisiologia. A doença é concebida como dotada de realidade própria, externa e anterior às alterações concretas do corpo dos doentes. O corpo é assim desconectado de todo o conjunto de relações que constituem os significados da vida (Mendes Gonçalves, 1994), desconsiderando-se que a prática médica entra em contato com homens e não apenas com seus órgãos e funções (Canguilhem, 1978) (CZARINA, 2003, p. 41).

Pelo fato de o médico ser tradicionalmente reconhecido pela população como o profissional de saúde por excelência, e por ter contato com as pessoas em situação de doença, além de, também, por pertencer a uma categoria de profissionais que juntamente com enfermeiros e outros trabalhadores da saúde estiveram à frente do Movimento Sanitário, as referências que se encontram estão ligadas às suas práticas ou como elas deveriam ser inclusive com relação à Integralidade. Com relação a isso Mattos (2001, p.50) diz que:

A atitude de um médico que diante de um paciente busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas relacionadas a uma experiência de sofrimento, as necessidades de ações de saúde, como as relacionadas ao diagnóstico precoce ou à redução de fatores de risco, ilustra um sentido da Integralidade profundamente ligado aos ideais da medicina integral. Sentido que pode ser facilmente estendido para além das técnicas de prevenção. A abertura dos médicos para outras necessidades que não as diretamente ligadas à doença presente ou que pode vir a se apresentar – como a simples necessidade da conversa – também ilustra a Integralidade. Podemos facilmente reconhecer que as necessidades dos que buscam serviços de saúde não se reduzem à perspectiva de evitar tal sofrimento [...].

Nesse sentido o autor alerta que obviamente não só o médico, mas todos os profissionais envolvidos no processo de atenção a saúde devem desenvolver uma prática integral e escreve:

[...] Quando um agente comunitário que segue rumo a suas visitas domiciliares se defronta com o convite de um morador para uma prosa sobre um problema que o aflige, ele pode aplicar não a medicina integral, mas a Integralidade. Quando esse mesmo agente, no cumprimento de suas funções de pesar as crianças com menos de 24 meses, busca ativamente nas crianças da casa (que não podem ser pesadas com a balança portátil que leva) os indícios de carência nutricional, também põe a Integralidade em prática. Ou quando um funcionário de um pronto – socorro se preocupa em informar a um acompanhante que ficou fora da sala de atendimento a evolução de um paciente [...] A Integralidade, mesmo quando diretamente ligada à aplicação do conhecimento biomédico, não é atributo exclusivo

nem predominante dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde (MATTOS, 2001, p.51).

É, portanto, uma responsabilidade de todos os profissionais da saúde estabelecer um contato e até mesmo vínculo com o usuário objetivando contribuir para a superação do problema apresentado. Caso contrário poderá ocorrer resistência por parte do usuário à intervenção profissional sobre a realidade social, seu corpo, mente e vontade; e seu envolvimento parcial, em decorrência de aspectos que lhe são desagradáveis ou lhe agridem a sensibilidade, pode fazer com que grande parcela dos serviços produzidos resultem em fracasso (CAMPOS, 2006).

Outro ponto a ser observado com relação à prática profissional na área da saúde, principalmente saúde pública é o dos atendimentos rápidos devidos à grande demanda, o que impede uma relação mais estreita ou o estabelecimento de um vínculo entre paciente/usuário e profissional. Este aspecto foi destacado em uma pesquisa documentada por Pinheiro (2001, p. 83), onde a dificuldade de ouvir as demandas dos usuários e de reconhecê-los como sujeitos com desejos, temores e crenças, não são observados, o que pode até mesmo provocar danos à vida do usuário:

A relação médico-paciente foi apontada por unanimidade pelos atores entrevistados como sendo um dos principais problemas na difícil equação entre demanda e oferta nos serviços de saúde prestados nas instituições. A gênese dessa problemática reside no fato de as relações pessoais serem pouco valorizadas nas ações de saúde, seja como recurso terapêutico no processo de cura dos pacientes seja como elemento de interseção nas relações entre usuário/profissional, usuário/serviço e profissional e serviço.

O estabelecimento de vínculos entre o profissional e a pessoa que ele atende é essencial nos atendimentos de saúde. Um exemplo disto pode ser a confiança que o usuário deposita no médico ou em qualquer outro profissional. Confiar em alguém desconhecido é decorrente de um processo de conquista, de formação de vínculo e principalmente de liberdade e igualdade nas relações. Se não houver confiança por parte do usuário, na mesma proporção, não existirá a colaboração do mesmo, fator essencial para a cura. (COSTA, 2004).

Silva Jr. (2003, p. 122) colabora com essa idéia dizendo que “a dificuldade de ouvir as demandas dos pacientes e de tratá-los como outro sujeito, com desejos, crenças e temores tem sido a causa de inúmeros fracassos na relação entre os trabalhadores de saúde e a

população”. Merhy (1998) citado por Silva Jr. afirma que de modo geral, os usuários “não reclamam da falta de conhecimentos tecnológicos no seu atendimento, mas da falta de interesse e de responsabilização dos serviços”, o que os deixa, inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados.

Campos (2006) ao sugerir alguns pontos sobre a reforma da prática profissional em saúde afirma:

Na assistência individual o sujeito que sofre algum tipo de intervenção é quase que sempre tomado como se fosse um objeto inerte e passivo, como um ser incapacitado de esboçar qualquer reação, positiva ou negativa, às ações do agente que trata da cura. Ou seja, a relação profissional/cliente é concebida como um intercâmbio entre um sujeito potente – geralmente o médico – e um objeto suposto de ser dócil, ativo apenas quando presta informações necessárias ao diagnóstico e de quem se espera “servidão voluntária”. A própria denominação “paciente”, que é usualmente atribuída ao doente, já é um dado revelador do sentido principal dessa relação: paciente significa “aquele que possui a virtude de suportar os sofrimentos sem queixa” (CAMPOS, 2006, p. 181).

O autor completa sua crítica observando a postura assumida pelo doente no processo de cura, onde o mesmo não passa de simples informante, afinal lhe é retirado o direito de falar e nunca lhe é garantido o uso da palavra para a advertência ou para manifestar sua vontade e opinião. Desta maneira, fica claro que o engessamento das práticas no modelo positivista, biologicista e mecanicista, exclui as dimensões sociais e subjetivas resultando em um desconhecimento da influência decisiva na história da doença. Esta atitude ignora que a vontade de cura, ou de adoecer e morrer varia de paciente para paciente e que estes são elementos essenciais para o estabelecimento de processos de diagnóstico e de terapêuticas eficazes (CAMPOS, 1990 apud CAMPOS, 2006).

Na perspectiva dos usuários a Integralidade é associada ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Esses sentidos se aproximam da idéia de Integralidade defendida pelos estudiosos do LAPPIS, como sendo um termo plural, ético e democrático.

Costa (2004) ao falar acerca do significado de tratar (referindo-se ao cuidado em saúde), diz que podemos interpretar a palavra cuidar como tratar corretamente e que isto implica em reconhecimento do outro no modo como os profissionais ocupam seu lugar na relação com o usuário. A autora sugere que uma postura de empatia, expressa na maneira de falar, livre de coerção, inclusive no fato de não obrigá-lo a aceitar medidas, condutas ou

prescrições decididas por quem o atende; façam parte do contato que se estabelece entre ambos.

O diálogo é um importante instrumento no estreitamento das relações entre profissionais e usuários; ele constitui segundo Costa (2004), ao se referir à relação médico-paciente, parte do tratamento cuidadoso e domina uma dimensão decisiva de toda a ação médica. O diálogo humaniza a relação entre diferentes indivíduos e permite a aproximação e confiança, aspectos necessários no processo de cura. A autora complementa suas análises destacando que o médico não pode se prevalecer do seu poder e pretender dominar o paciente; ele deve restringir-se a aconselhá-lo e auxiliá-lo. “O tratamento requer liberdade de decisão ao doente e não somente que se formulem prescrições e se definam procedimentos e exames”.

Autores como Schraiber (2004) fazem uma ligação entre a questão da ação profissional junto aos usuários e a atuação do profissional como parte da equipe de trabalho. A autora afirma ser necessário romper com a total independência profissional de decisão para compartilhá-la com outros profissionais. Outros autores dizem que a incapacidade dos profissionais de aglutinarem suas visões em um só núcleo de discussão comum dos casos, acaba desfocando a Integralidade do usuário, por formarem-se várias visões fragmentadas acerca de um mesmo caso.

Silva Jr. (2003) colabora com o pensamento de Schraiber, pois acredita que uma abordagem ampla das situações de saúde-doença não envolve somente o olhar do profissional sobre o usuário, mas a própria interação da equipe, por isso alguns autores defendem o estabelecimento de uma referência na equipe para o usuário, como por exemplo, que um ou mais profissionais possam estabelecer uma relação com o mesmo e deste modo acompanhar e estudar sua maneira de viver e interpretar suas demandas.

Em concordância com os autores acima está também Campos (2006, p. 187) ao afirmar “que a eficácia da ação de todos os profissionais da saúde, no seu campo específico, sempre depende, em diferentes medidas, da incorporação e da utilização” de noções como a da psicanálise entre outras; “e que para o processo de cura é fundamental o envolvimento absoluto do paciente”. Além do manejo da anatomia, da fisiopatologia, da semiologia e da farmacologia, deveriam fazer parte das habilidades básicas e de saberes técnicos dos profissionais de saúde conceitos ampliados sobre as relações sociais, a psicologia, os determinantes sociais da saúde e da doença, a promoção à saúde; ou seja, uma integração entre as ciências da saúde e as ciências sociais (e todo o campo considerado subjetivo).

## 4.2 A Integralidade como trabalho em equipe

A institucionalização do conhecimento foi tomada a partir do século XX como orientadora da formação profissional e trouxe consigo a fragmentação. Na segunda metade do século XX há a tentativa de incorporar o social de forma mais sistematizada, o que contribuiria para o entendimento dos processos de saúde-doença e das práticas de saúde não somente no modelo biológico e hospitalocêntrico. Era o início da busca por relações interdisciplinares, a partir da medicina, que incorporam variáveis e fatores sociais, são exemplos disto a Medicina Integral e a Medicina Social. Enquanto no primeiro modelo procurava-se uma convergência no nível do indivíduo, na Medicina Social o projeto é buscar os determinantes sociais numa perspectiva analítica (NUNES, 1995).

Nunes (1995, p. 109) nos diz que diversas foram as referências utilizadas a partir dos anos de 1970 para compreender a saúde:

Fatores estruturais, como o desenvolvimento econômico, ou as forças produtivas e as relações de produção, passam a ser importantes referências conceituais para se entender a saúde, estabelecendo-se uma análise crítica, especialmente a partir da segunda metade dos anos 70, aos modelos teórico-conceituais derivados do funcionalismo e divulgados pela Sociologia Médica norte-americana. [...] A Saúde Coletiva como temática e como campo de práticas teóricas, pedagógicas e técnicas torna-se o objetivo de estudiosos, especialmente a partir do início dos anos 80.

Desde então há a busca por uma integração entre as disciplinas que compõe o quadro de influências sobre a saúde, desde a Física até a Epidemiologia, a Psicologia, a Antropologia, a Ética, a Educação, a Genética, a Ciência Política, a História, etc.

Porém, em meio a todos esses saberes há campos de conhecimento que não se comunicam, e segundo Morin (1988) citado por Nunes (1995, p. 110) “entre todos estes fragmentos separados há uma zona enorme de desconhecimento”. Ao passo que se promove a articulação das competências uma vez em “domínios disjuntos” gera-se a possibilidade de formar “o anel completo e dinâmico, o anel do conhecimento”.

Quando transpomos toda essa construção para a área da Saúde Coletiva, onde o objeto - a saúde - exige dos profissionais uma atenção e visão multifacetadas para apreender

as demandas, compreendemos a interdisciplinaridade como um “horizonte necessário”<sup>12</sup> e que para alcançá-lo é essencial romper barreiras historicamente construídas, como por exemplo, a prioridade das ciências biomédicas em detrimento do social, desde a formação dos profissionais, o que se reflete também no campo de trabalho e na capacitação e gerenciamento dos recursos humanos.

Na arena da saúde comumente encontramos o trabalho em equipe, inclusive quando nos reportamos a esta área é difícil imaginar um hospital funcionando apenas com enfermeiros ou fisioterapeutas. As ações de saúde exigem prioritariamente a equipe de trabalho que na confluência de saberes opera suas atividades, este trabalho é uma expressão da interdisciplinaridade a qual proporciona criatividade e avanço e é considerada uma prática essencial à Integralidade em saúde, pois, deste modo, as demandas atendidas serão observadas a partir de diferentes focos, e as respostas dadas serão voltadas para uma visão integral.

Com relação ao trabalho em equipe Meirelles (1998, p. 15), apud Nogueira (1998, p. 42) considera:

A equipe como um grupo de pessoas, que desenvolve um trabalho de forma integrada e com objetivo comum, com interdependência, lealdade, cooperação e coesão entre os membros do grupo, a fim de atingirem maior eficácia nas suas atividades. Esta equipe é construída pelos seus membros, que trabalham de forma dinâmica suas emoções, sentimentos e expectativas até atingirem equilíbrio e participação verdadeira de todos os membros do grupo nas ações.

Atualmente, tem-se ouvido muito sobre a troca de saberes e o intercâmbio de informações entre as áreas profissionais, isto favorece o trabalho das equipes e recebe o nome de multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade.

Mas essa forma de trabalho não é tão recente, pois desde a década de 1960 o tema da interdisciplinaridade integra a agenda de discussões e publicações de importantes trabalhos apoiados pela UNESCO como também a realização de seminários. Na década seguinte, o tema foi alvo de um seminário realizado na Universidade Federal do Pará intitulado Interdisciplinaridade nas Ciências Sociais; e na década de 1980 ganhou destaque devido à implantação do Sistema Único de Saúde que enfoca assistência integral, e supõe a ação interdisciplinar (NOGUEIRA, 1998, p. 41).

Desde suas primeiras contribuições, os estudos sobre a interdisciplinaridade tiveram

---

12 Expressão entre aspas utilizada por Nunes (1995, p. 111).

destaque tanto para a área da saúde como para a social, verifica-se deste modo, a atualidade deste tema e sua importância nas práticas de saúde. Entende-se que uma postura interdisciplinar vai além da integração dos profissionais que atuam em um mesmo espaço; ela atinge a busca por ações integradas na prestação de serviços, a associação da docência e serviço ou a questão de interface entre o biológico e o social (NUNES, 1995).

O trabalho em equipe desenvolvido a partir da interdisciplinaridade “promove a troca de informações e de conhecimento entre disciplinas, mas, fundamentalmente, transfere métodos de uma disciplina para outras” (RODRIGUES, 2000, p.126). Por isso, sugere um intercâmbio entre as disciplinas o que promove interlocução por meio de áreas de conhecimento como também impede que os saberes se cristalizem em si mesmos.

Japiassu (1976) citado por Nunes (1995, p. 97) ao falar sobre a origem da interdisciplinaridade diz o seguinte:

O fenômeno interdisciplinar tem dupla origem: uma interna, tendo por característica essencial o remanejamento geral do sistema de ciências, que acompanha seu progresso e sua organização; outra externa, caracterizando-se pela mobilização cada vez mais extensa dos saberes convergentes em vista da ação.

Nunes (1995) afirma que a interdisciplinaridade é uma tentativa de sair da compartimentalização e nos alerta para que a questão não pode se tornar uma corriqueira simplificação de interligar conhecimentos. Além do plano do conhecimento ou da teorização deve-se levar em consideração o domínio da intervenção efetiva no campo da realidade social.

Encontra-se ainda um novo conceito, o da transdisciplinaridade que “instala-se na interação entre sujeito e objeto, na compreensão de que a realidade é multidimensional e na compreensão do que Rodrigues chama de um jogo de exclusão-inclusão” (RODRIGUES, 2000, p.129). Rodrigues (2000, p.131), ainda acrescenta que “as disciplinas precisam reassumir os sujeitos sociais (em contraposição à exclusão do sujeito) em sua Integralidade; não eliminar de seu pensamento, de sua *epistême*, a alma, o conteúdo, as emoções, o sofrimento; não eliminar o vivente”.

O trabalho multidisciplinar é outro modo de abordagem utilizado pelas equipes. Segundo Rodrigues (2000, p.126), caracteriza-se sendo:

[...] estudo de um mesmo objeto por várias disciplinas; não há necessidade de integração entre elas, uma vez que cada qual concorre com seus conhecimentos específicos no estudo de determinado assunto, podendo, no

máximo, resultar em certa organicidade de apresentação dos resultados ou de contribuições. São visíveis os níveis de cooperação das diferentes disciplinas e também a peculiaridade produzida pela conseqüente orientação dos conhecimentos envolvidos naquele estudo.

Mais comumente encontramos equipes de trabalho em saúde focadas na multidisciplinaridade e na interdisciplinaridade; mas pode-se notar que a idéia de transdisciplinaridade tem muito a contribuir na Integralidade da saúde.

Na área da saúde, o trabalho em equipe se destaca por contribuir no diagnóstico do usuário, pois a partir de vários olhares profissionais e da troca de conhecimentos específicos torna-se mais completa a abordagem e a compreensão da demanda trazida pelo mesmo, e conseqüentemente a resposta dada será completa às suas necessidades não somente físicas como sociais e psicológicas.

A falta de comunicação entre os profissionais das equipes de trabalho é um fator negativo que pode acarretar prejuízos para as pessoas atendidas, como ações sobrepostas, repetidas e até mesmo desnecessárias, causando grandes transtornos aos usuários. Por isso é fundamental buscar no conhecimento dos membros da equipe as abordagens mais adequadas à condução dos casos.

As equipes de saúde estão muitas vezes atentas somente ao histórico trazido pelos usuários por meio dos relatos e dos exames realizados anteriormente; porém não se detêm no fato de que a ênfase nestes procedimentos e a incapacidade de produzir núcleos comuns de discussão do caso produzem e reproduzem visões fragmentadas, desfocando a Integralidade do paciente/usuário. O esforço da construção de um eixo comum entre os profissionais onde o usuário é o centro da atenção e das ações dos profissionais é um desafio para as equipes. (SILVA Jr., MERHY e CARVALHO, 2003).

Cecílio (2001, p. 115) contribui dizendo que:

É possível adotar a idéia de que a Integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível. Numa primeira dimensão, a Integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, uma equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) ou um hospital. Poderíamos denominá-la “Integralidade focalizada”, na medida em que seria trabalhada no espaço bem delimitado (focalizado) de um serviço de saúde.

Camargo Jr. (2003, p. 39), colabora com a idéia citada acima ao escrever que o trabalho interdisciplinar e multidisciplinar é fundamental, pois indivíduos isolados, ou mesmo categorias de profissionais inteiras, no olhar do autor, são limitados para atender as “demandas apresentadas pelos sujeitos que sofrem”. Aos profissionais cabe ter uma postura de “compreensão ampliada dos determinantes do processo de saúde-doença, até para evitar a tentação de atuar para além das fronteiras de sua competência técnica”.

Desta maneira, diante dos conhecimentos expostos, e ao assistir à crescente fragmentação dos campos de saber, os estudiosos verificam que a discussão da interdisciplinaridade ou da multidisciplinaridade não pode mais ser adiada e que é de suma importância para a efetivação de um sistema de saúde pleno no desenvolvimento de seus pressupostos. Para isto torna-se preciso ultrapassar as barreiras epistemológicas, institucionais, psicossociológicas e culturais, ou seja:

Os primeiros são dados pelo fato de as disciplinas se tornarem auto-suficientes e presas em suas especialidades. Obstáculos institucionais são os estabelecidos quando ocorre a separação de cada disciplina num campo administrativo isolado. Os psicossociológicos reforçam a separação e transformam cada especialidade numa verdadeira fortaleza. Finalmente, os obstáculos culturais são os criados pelas próprias condições que formulam o conhecimento iniciado naquele campo (GUSDORF, 1977 apud NUNES, 1995, p. 108).

Vale lembrar a responsabilidade designada à formação profissional voltada para o trabalho em equipe, pois as propostas de uma formação multiprofissional/interdisciplinar já estão postas como realidade em nossa sociedade para a área da saúde, sendo que não há mais espaço para qualquer invocação contrária. Ceccim (2005, p. 259) afirma que a “prova disto é a constância da designação do trabalho em equipe em qualquer circunstância propositiva da elevação da qualidade do trabalho e da formação em saúde”. O trabalho em equipe é regulamentado e orientado pelas diretrizes para a formação dos profissionais, pois consta nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da grande área da saúde, e também, nos Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS.

O trabalho em equipe é uma imposição da própria sociedade. Porém, os conflitos entre os profissionais ou categorias profissionais é um elemento presente no cotidiano. Por isso Ceccim (2005, p. 260) sugere que de antemão se negocie “em cada realidade os modos, meios, processos e dinâmicas para a sua efetivação”.

Ceccim (2005, p. 271) ao falar sobre a postura das equipes escreve que a equipe “deveria ser objeto de fundação do trabalho em saúde, lugar de experiência profissional e ferramentas de apropriação de saberes e práticas e de transformação”. O autor acrescenta:

Como lugar de experimentação, experiência, apropriação e de transformação e, sendo o território de responsabilização pela terapêutica, a equipe deve ser cenário de proteção e não de ameaças, invenção do trabalho protegido e não reposição de rivalidades corporativas. Em lugar do caráter restritivo do trabalho entre múltiplos profissionais, o desafio do trabalho protegido pela equipe multiprofissional.

Frente a estes desafios de se desenvolver uma equipe que efetivamente atue em harmonia, Teixeira e Nunes (2006) afirmam que para cumprir com a reciprocidade e mutualidade exigidas, é preciso desenvolver relações sociais horizontais contrapostas às propostas pelo modelo assistencial de saúde tradicional biomédico hegemônico. Isto significa ouvir e processar o que o outro diz, pensa e conhece; e ainda, trabalhar a partir da ótica do outro, introjetar novos conhecimentos, para então produzir práticas inovadoras e criativas. Para tanto, é exigida uma postura de visão de mundo diferenciada, ou seja, uma visão pautada na totalidade.

Destarte, observamos que essa discussão desemboca no tema proposto neste trabalho, um modelo amplo de assistência à saúde, isto é, identificado com o paradigma sanitário com vistas à atenção integral tendo como objetivo máximo a cidadania. Já que trabalhamos a partir de uma ótica onde o adoecimento é resultante de determinantes sociais e que este mesmo processo transforma a visão de indivíduos doentes para sujeitos sociais, nossa prática e conhecimento também terão que mudar. Faz-se necessária a troca de saberes, o intercâmbio entre os setores; sendo que uma única modalidade profissional não dará conta da realidade social posta (TEIXEIRA e NUNES, 2006).

Além disso, as ações das equipes de saúde na efetivação de suas práticas, as quais requerem o exame crítico, tanto de seu modo de agir e de seus processos de trabalho, como na busca da desfragmentação de seus saberes e práticas sem perder suas especificidades (Gomes, Pinheiro e Guizardi, 2005), são aspectos desafiadores para a superação das rotinas, dos protocolos instituídos, da “automatização” cotidiana.

### 4.3 A Integralidade na formação profissional

A Integralidade na formação profissional é um dos sentidos que se encontra em destaque na pauta das discussões sobre o tema, por ser o responsável pela reflexão no âmbito acadêmico.

Campos (2006) critica a formação dos profissionais de saúde no Brasil, pois em sua opinião tal formação reforça a postura biomédica tradicional. Segundo o autor o ensino (da medicina) está voltado para que os futuros profissionais abordem seus usuários com uma série de procedimentos técnicos, o mais objetivos possível; sem considerar as interfaces do social e da subjetividade de cada paciente. Campos (2006, p. 183) sugere que os profissionais desenvolvam uma “atenção hábil e sistemática”, afinal os dados subjetivos tão desprezados, estão no cerne da prática médica e podem ser tornados mais objetivos deste modo.

A formação profissional é uma questão que está diretamente ligada à busca de práticas integrais em saúde, pois o “debate sobre a Integralidade facilita a perspectiva de novas abordagens que contribuam estrategicamente para a organização dos serviços e dos processos formativos” (HENRIQUES e ACIOLI, 2005, p. 298).

Os estudos têm indicado que para se ter profissionais atuando com base em práticas integrais há a necessidade de uma formação acadêmica voltada para a Integralidade ou de capacitação continuada para os profissionais já inseridos nos serviços. Essa questão já está sendo repensada no meio acadêmico, pois muitos profissionais estão sendo formados sem noção do que esta prática verdadeiramente significa ou como funciona. Muitas universidades julgam ter currículos que instrumentalizam seus acadêmicos à Integralidade pelo simples fato de desenvolverem determinadas atividades em comunidade, quando se deveria compreender a Integralidade como uma prática a ser construída que se traduz em uma abordagem completa do profissional para com o usuário. Pinheiro (LAPPIS, 2004) diz que:

Se pegarmos currículos da graduação, por exemplo, muita gente se acha ‘integral’ só porque põe o aluno duas horas por semana para trabalhar na comunidade da favela. Não é isso! Falamos de um conjunto de práticas que defendem um grupo de valores que precisam ser exercitados dia-a-dia. E, no caso da formação, é preciso que haja ferramentas pedagógicas que dêem ao aluno condições para desenvolver habilidades e saber manejar o cuidado em saúde como um valor e um instrumento da construção da Integralidade. Eu trabalho a Integralidade como uma construção em dois planos, o sistêmico e o individual. Um está relacionado com a atenção como política e a rede de serviços de saúde; o outro tem a ver com a questão do cuidado, com a incorporação de novas tecnologias assistenciais que prestam atendimento de

qualidade ao usuário.

Vê-se, portanto, que a reforma curricular é uma mobilização favorável à elaboração de currículos que respondam ou estejam condizentes com as necessidades de saúde do país, esta é a proposta do Ministério da Saúde com o Aprender SUS<sup>13</sup>. Nesta perspectiva, o eixo condutor da discussão é a Integralidade, e para fomentar este trabalho o primeiro passo conforme Feuerwerker (2004) é incentivar as pessoas a desenvolverem experiências que busquem construir uma formação direcionada para a Integralidade, o que como já é sabido envolve trabalhar com um conceito amplo de saúde, com a idéia de equipe, pôr as necessidades do usuário no centro da atenção, isto é, no centro do pensamento, da produção, do cuidado e da organização dos serviços. “Precisamos partir da construção, da experimentação para produzir conhecimento em torno da Integralidade tanto do ponto de vista da organização das práticas como da formação” (FEUERWERKER, LAPPIS, p. 2).

Henriques e Acioli (2004, p. 297), ao se referirem às relações entre profissional e usuário e sua conexão com a formação profissional, enunciam:

Parece claro que toda a produção sobre o cuidado na saúde [...], de modo geral, traduz um real desejo de garantir que esse momento de relação entre profissional de saúde e o paciente seja momento de diálogo ético na interação de ambos os sujeitos. No entanto, tal relação precisa se traduzir em elementos concretos, desde o espaço da formação profissional, no qual a produção do cuidado envolve múltiplos sujeitos e precisa ser compreendida a partir da incorporação de ferramentas de diferentes áreas do conhecimento. Principalmente precisa ser experimentado ao longo da formação, como espaço de interação dos saberes que considerem os diferentes fatores produtores do sofrimento que gerou a necessidade do cuidado, bem como das práticas colocadas para aliviar aquele sofrimento.

As autoras supracitadas sinalizam um caminho para os profissionais e equipes superarem tais dificuldades. Elas afirmam que há a necessidade de desenvolver processos de trabalho capazes de lidar com problemas complexos presentes no cotidiano da sociedade e que se traduzem nas dificuldades trazidas pelos usuários nos atendimentos. Neste sentido, há também a necessidade de os profissionais terem um olhar ampliado e que compile saberes em favor dos usuários. Com relação à formação profissional, ações como a ampliação no tempo

---

<sup>13</sup> “O Aprender SUS é a tradução do desejo do Ministério da Saúde de estabelecer um diálogo organizado com o setor da educação para construir um perfil de formação profissional que dialogue com as necessidades de atenção à saúde no país” (FEUERWERKER, LAPPIS, 2004, p. 1).

de estágio, o incentivo à pesquisa e outras que ampliem a integração dos alunos com a realidade favorecem este processo.

Oliveira (2005, p. 308), apresenta ferramentas utilizadas para superar as lacunas da formação profissional chamadas “cenários diversificados no ensino-aprendizagem”, que têm por objetivo “ampliar a atuação dos territórios e das práticas em saúde”, por meio das interfaces entre: “métodos didático-pedagógicos, áreas de práticas e vivências, utilização de tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras, valorização dos preceitos morais, filosóficos e éticos, processo de trabalho, deslocamento do sujeito e do objeto”. Deste modo, o processo ensino-aprendizagem pode ser compreendido como uma proposta de mudança e, enfim, apresenta-se “como uma questão de processos inseridos cotidianamente”.

Um aliado nesse percurso tem sido o já citado LAPPIS, que apóia e contribui para o desenvolvimento das novas experiências, através de material informativo, laboratórios e importantes pesquisas que têm mapeado experiências de práticas de Integralidade em saúde por todo o Brasil. O LAPPIS tem como pressuposto a condição de que as elaborações sejam uma construção coletiva das várias profissões da saúde e articuladas com uma proposição de mudança. Além de reformulações nos currículos de cursos superiores, o olhar do LAPPIS também está voltado para a residência, segundo Feuerwerker (2004), “este é o mote do diálogo que está se abrindo”.

Acioli (LAPPIS, 2004, p. 05) escreve:

Percebemos a Integralidade como uma das bases conceituais mais importantes dentre os princípios do SUS, como estruturante no processo de atenção à saúde. E por isso tão difícil de ser implementada. Formamos pessoas que estão sendo preparadas e orientadas para cuidar de outras pessoas. E como você vai cuidar do pedaço de alguém, sem considerá-lo de uma maneira mais ampla e integral, de acordo com o contexto – familiar, físico e também subjetivo? Para formar pessoas nesse sentido, temos que tentar articular a razão com o sensível. Porque estamos falando de coisas que não são dadas no prontuário nem na entrevista, são percebidas aos poucos, requerem um processo de superação e convívio. E nem sempre os serviços de saúde estão organizados para isso. Atingir isso é muito difícil, principalmente porque, em geral, as unidades acadêmicas são muito isoladas, tanto dos serviços quanto entre si. Queremos que as pessoas trabalhem em equipe, mas não exercitamos quase nada em equipe. Isso é um nó para a formação.

Acioli também comenta a experiência vivenciada na Faculdade de Enfermagem da UERJ onde “o projeto político-pedagógico, tem como missão formar enfermeiros que tenham

capacidade de perceber as necessidades individuais e coletivas; trabalhar a partir dos pressupostos e no contexto do SUS<sup>14</sup>”.

Oliveira, Koifman e Marins (2004), descrevem a experiência vivenciada no Departamento de Saúde da Comunidade da UFF<sup>15</sup>, e afirmam que a aprendizagem a partir da busca da Integralidade, da formação humanista do médico, do compromisso social e comportamento ético, que atualmente são alguns dos objetivos da faculdade, passam por uma aprendizagem de caráter participativo, trabalho nos serviços de saúde, o que motiva a compreensão crítica da realidade.

---

<sup>14</sup> Todo o processo de reforma curricular da Faculdade de Enfermagem da UERJ é descrito por Henriques e Acioli no livro: Cuidado, as fronteiras da Integralidade de Roseni Pinheiro e Rúben Araújo Mattos, 2004, p. 293-305.

<sup>15</sup> Essa experiência é descrita no livro citado acima das páginas nas 307-319.

## **5 APORTES TEÓRICO-METODOLÓGICOS DO SERVIÇO SOCIAL PARA A DISCUSSÃO DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE**

A teoria crítico-dialética tem centralidade teórico-metodológica no Serviço Social a partir do chamado Movimento de Reconceituação iniciado em meados da década de 1960 não somente no Brasil, mas em toda a América Latina. Dada esta influência, justifica-se o novo direcionamento tomado pela profissão em relação à revisão do Código de Ética e à formulação das Novas Diretrizes Curriculares.

Dessa maneira, observamos que a profissão ao se inserir nas discussões sobre Integralidade em saúde deve partir de sua própria construção profissional para alicerçar suas contribuições, fazendo referência a seu projeto ético-político, o qual se fundamenta na perspectiva crítica. Retomar tais balizas se faz sempre necessário para responder a questões advindas frente a novos temas, afinal compreendemos que a profissão tem referenciais bem firmados que como bússolas apontam o caminho a ser seguido.

A estruturação desse capítulo está voltada para a discussão da matriz teórica fundamental do Serviço Social, a crítica dialética, com destaque para o método marxista e a ênfase em categorias basilares neste processo. A categoria da totalidade ganha evidência nesse processo, por ser compreendida como central e nas palavras de Löwy (1989) como a única capaz de abordar os fenômenos sociais com rigor e profundidade.

A teoria crítica foi o marco teórico sustentador do Movimento de Reconceituação do Serviço Social e influenciou as mudanças e rupturas ocorridas a partir deste processo de repensar a profissão no Brasil e na América Latina. Por isto, trazemos brevemente neste capítulo a trajetória deste período de tomadas de decisões que direcionaram e deram sustentabilidade aos rumos que a profissão viria a seguir.

Destarte, procuramos na finalização do capítulo sugerir algumas contribuições do Serviço Social para a discussão da Integralidade em Saúde.

### **5.1 Considerações acerca dos elementos da teoria crítica**

A perspectiva crítica tem lugar privilegiado no Serviço Social. Ela é a base teórica norteadora da profissão desde o Movimento de Reconceituação iniciado em 1965 que envidou

esforços para superar a segmentação metodológica existente (Montaño, 2000). A perspectiva crítica presente na teoria marxista trouxe elementos fundamentais para pensar as ações profissionais dos Assistentes Sociais.

Marx, ao compor suas obras inspirou-se na filosofia clássica alemã, e também na economia clássica inglesa, na luta de classes e na teoria do valor trabalho<sup>16</sup>. Estas influências, ou seja, os estudos das idéias mais avançadas, dos sistemas filosóficos e das teorias econômicas e sociais, farão com que Marx procure exaustivamente o fio condutor que o leve ao conhecimento pleno da dinâmica das sociedades modernas (Malagodi, 1988).

O materialismo dialético é questão central nos estudos de Marx. Lukács (1968), referindo-se ao materialismo dialético escreve que Marx e Engels o elaboraram em oposição às diversas tendências da ideologia burguesa de seu tempo e contra certas correntes do incipiente movimento operário, que ainda não podiam se libertar da influência burguesa.

Malogodi (1988) define a importância do materialismo dialético a partir de três pontos:

- O materialismo dialético é o resultado de grandes transformações sociais e políticas e do grande desenvolvimento cultural e econômico que constituíram a revolução burguesa;
- Ele significa também, o ponto de partida de uma nova revolução na história da humanidade, a revolução socialista ou proletária;
- E por último, o materialismo dialético promoveu uma revolução na própria forma de fazer ciência.

O mesmo autor afirma ainda que a dialética é o movimento pelo qual as realidades sociais se desdobram e dão origem a novas realidades. É algo inerente ao movimento da história; e é também, a concepção metodológica que permite captar este movimento no que se refere ao passado e ao presente.

Segundo Ianni (1988) a teoria marxista da realidade é fundamentalmente uma teoria crítica radical da sociedade capitalista. Marx estava comprometido com o conhecimento da realidade. Ianni escreve:

Ocorre que a dialética não é apenas uma forma de pensar. É um modo de ser; ou melhor, o modo de ser do real. O mundo dos fatos e acontecimentos é um mundo dialético. Cabe ao pensamento – em forma dialética tão aprimorada quanto possível – apanhar a dialética do real. É a realidade social que é dialética. Marx apanhou a dialética do real em sua forma mais desenvolvida (o capitalismo) (IANNI, 1988, p. 147).

---

16 Notas em aula ministrada pela Profa. Dra. Ivete Simionatto em 20/06/2006.

Conforme Ianni (1988), a dialética engloba relações, processos e estruturas constitutivas dos fatos. Esse é o âmbito no qual se expressam as diversidades, as hierarquias, as desigualdades, as divisões e outras formas de relações de antagonismo e contradição. É no momento da reflexão sobre o real, que o pesquisador descobre as contradições que fundam o movimento desse real.

Marx elaborou, simultaneamente, o método de análise e interpretação do capitalismo (LÊNIN citado por IANNI, 1982, p. 8). Isto fica evidente em suas obras, como por exemplo, no Método da Economia Política (1983), onde ele estabelece alguns dos critérios de sua cientificidade, tais como: iniciar a pesquisa pelo real e pelo concreto, observar a realidade em sua totalidade e considerar que o concreto é concreto por ser a síntese de múltiplas determinações, logo, unidade da diversidade (MARX, 1983).

No prefácio da 1ª Edição e no pós-fácio da 2ª Edição de O Capital, Marx também nos orienta quanto ao seu método de pesquisa. No primeiro deixa visível o objeto e os objetivos de sua investigação: “Nesta obra, o que tenho de pesquisar é o modo de produção capitalista e as correspondentes relações de produção e de circulação” (MARX, 1998). No Pós-fácio, Marx (1986) fala sobre a economia política na Alemanha e na França e sobre o poder político conquistado pela burguesia na Inglaterra. Ele diferencia o método de exposição do método de pesquisa:

A investigação tem de apoderar-se da matéria, em seus pormenores, de analisar suas diferentes formas de desenvolvimento, e de perquirir a conexão íntima que há entre elas. Só depois de concluído este trabalho, é que se pode descrever, adequadamente, o movimento real. Se isto se consegue, ficará espelhada, no plano ideal, a vida da realidade pesquisada, o que pode dar a impressão de uma construção a priori (MARX, 1986, p. 16).

Marx compreendia que o objeto e o método de seu trabalho eram elementos necessários e encadeados do mesmo processo de conhecimento, e que a análise dialética opera como uma técnica de desmascaramento, pois exige a crítica das idéias, conceitos ou representações, sob os quais as pessoas, as classes e as coisas aparecem na consciência e na ciência.

O autor alemão estabelece alguns elementos que norteiam seu método de investigação<sup>17</sup>. Primeiramente, ele parte do princípio de que a melhor forma para iniciar a pesquisa é partir do particular para o geral, do simples ao complexo, da parte para o todo. Ele

---

17 Ibidem em 13/06/2006.

parte de categorias mais simples até chegar à totalidade mais ampla. A abstração inicial deve se dar a partir do concreto. Este concreto apresenta duas dimensões: 1) concreto pensado - as mediações (que são reflexões para desvendar o objeto) auxiliam o pesquisador a passar do abstrato para o concreto, pois conduzem à essência do mesmo. O concreto só o é a partir das múltiplas determinações observadas. O caminho do desvendamento teórico é a razão teórica, o conhecimento que conduz às mediações e que culminará no concreto pensado, isto é, a realidade analisada, esgotada. 2) o concreto abstrato - este se detém somente à primeira visão da realidade que é abstrata, portanto só a observa em sua aparência.

Marx (1983, p. 218) em *O Método da Economia Política* ilustra com suas próprias palavras o que trazemos acima:

Os economistas do século XVIII, por exemplo, começaram sempre por uma totalidade viva: população, Nação, Estado, diversos Estados; mas acabaram sempre por formular, através da análise, algumas relações gerais abstratas determinantes, tais como a divisão do trabalho, o dinheiro, o valor, etc. A partir do momento em que esses fatores isolados foram mais ou menos fixados e teoricamente formulados, surgiram sistemas econômicos que partindo de noções simples tais como o trabalho, a divisão do trabalho, a necessidade, o valor de troca, elevaram-se até o Estado, às trocas internacionais e ao mercado mundial. Este segundo método é evidentemente o método científico correto.

Ianni (1988) colabora com essas idéias afirmando que o método dialético trata de refletir acerca dos fatos com o objetivo de assimilar os nexos internos, constitutivos destes fatos. A pesquisa ou reflexão caminha da aparência para a essência, das partes para o todo, do singular ao universal, guardando estes momentos e suas articulações na explicação, na categoria construída pelo pensamento. Parte-se do dado concreto, e pela reflexão, apreendem-se as determinações que constituem o dado. Gradativamente, a realidade em questão aparece viva, em movimento. E o resultado, assim como já vimos, é o concreto pensado, uma construção teórico-prática ou lógico-histórica; a categoria dialética.

Kopnin (1978, p. 85) afirma que o movimento do pensamento abstrato para o concreto é um meio de obtenção da autêntica objetividade no conhecimento. Marx citado por Kopnin (1978) diz que o método de ascensão do abstrato ao concreto é apenas um meio pelo qual o pensamento apreende o concreto e o reproduz espiritualmente concreto.

No segundo aspecto dois elementos se destacam: a relação entre sujeito e objeto e a relação teoria e prática. A relação entre sujeito e objeto significa que o sujeito pesquisador tem que estar debruçado plenamente sobre a realidade pesquisada, e ainda, estabelecer estreita

relação com o objeto a ser investigado <sup>18</sup>.

Ianni (1988, p. 15) ao se referir a esse elemento e à necessidade de empenho do pesquisador, afirma:

Não se trata simplesmente de opor ou substituir interpretações. Trata-se de ir até ao fundo das relações, processos e estruturas, apanhando, inclusive e necessariamente, as representações ideológicas ou teóricas construídas sobre o objeto e impregnadas nele. Daí a razão porque toda a obra de Marx parece polêmica. O que há por sob a polêmica é uma exigência profunda da própria interpretação do real.

Para Kopnin (1978) o marxismo relaciona sujeito e objeto na base real em que eles são unificados na história; a dialética subjetiva é o mesmo movimento objetivo, porém, sob uma forma de existência diferente da natureza. É na atividade prática dos seres humanos onde se verifica uma coincidência mais plena de sujeito e objeto, a atividade humana se processa e é dirigida por leis e formas do pensamento com a realidade objetiva que fora dele se encontra. O autor defende que o pensamento como relação teórica do sujeito com o objeto surge e se desenvolve a base da interação prática entre eles e se caracteriza pelas seguintes peculiaridades:

1. Essa interação tem caráter *material*. A prática não é uma relação lógica, mas concreto-sensorial, material. Os resultados da interação prática são direta ou indiretamente acessíveis à contemplação empírica, pois surtem efeito a mudança do objeto e, simultaneamente do próprio sujeito;
2. A prática é uma forma essencialmente humana de atividade, de interação entre o homem e os fenômenos da natureza. Neste sentido o homem atua não como indivíduo, mas como membro da sociedade, da humanidade.
3. O prático é a atividade racional do homem. A prática une realmente o sujeito com o objetivo e cria os objetos, as coisas existentes independentemente da consciência do homem; o pensamento os une apenas teoricamente, criando imagens, medidas de possíveis coisas e processos da realidade (KOPNIN, 1978, p. 168).

O autor acrescenta que no materialismo dialético, o objeto se incorpora à estrutura da prática, por um lado, e, por outro, a própria prática se insere na realidade objetiva, que se opõe ao pensamento do homem (KOPNIN, 1978, p. 169). Kopnin ainda propõe que, o prático e o

---

<sup>18</sup> Ibidem.

teórico estão necessariamente inter-relacionados; o teórico encontra no prático sua consubstanciação material, e é por meio desta, que se dá o processo de verificação da veracidade objetiva do conteúdo do pensamento. Para o autor o marxismo não julga a prática a um momento subordinado, ela é incorporada à teoria do conhecimento e não ao conhecimento. Isto é, a prática é definida como atividade diferente do conhecimento, ela tem lugar e papel estabelecidos pelo marxismo no movimento do pensamento. Por si mesma a prática não é atividade teórica e reduzi-la ao conhecimento implicaria cometer um erro, pois estaria se substituindo a atividade material, prática pelo pensamento teórico.

O terceiro ponto abordado se refere à relação teoria e método. Esta relação proporciona que o concreto se torne concreto pensado. Para entender melhor esta ligação precisamos trabalhar o conceito mediação. As mediações consistem em reflexões para desvendar o objeto, elas estão presentes na realidade. São elementos, categorias que auxiliam a desvendar a realidade. As mediações buscam a legalidade dos processos sociais; buscam as suas dinâmicas específicas; buscam a relação das particularidades com a totalidade, asseguram a síntese das múltiplas determinações, são estabelecidas somente por meio do pensamento, ou seja, da razão teórica e possibilitam desvendar a imediatez dos fenômenos sociais<sup>19</sup>. Na medida em que se formulam análises e se estabelecem mediações, reproduz-se a realidade; a síntese do próprio real.

No quarto ponto destacamos a relação presente-passado e a historicidade. É o presente que ajuda a explicar e compreender o passado. Existe uma relação dialética entre presente e passado e passado e presente. Na análise dialética, a historicidade do objeto é dada pelo jogo dos antagonismos produzidos nos desenvolvimentos das forças produtivas e das relações de produção (IANNI, 1988, p. 33).

Conforme Löwy (1998) o marxismo foi a primeira corrente a situar o problema do condicionamento histórico e social e a desmascarar as ideologias de classe do discurso pretensamente neutro e objetivo dos economistas e outros cientistas sociais.

Ianni afirma que Marx sempre captou a historicidade das relações, processos e estruturas sociais. Em o 18 Brumário Marx escreve: “os homens fazem sua própria história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado” (MARX citado por IANNI, 1988, p. 52).

Em O Capital Marx começa sua análise pela mercadoria e a desdobra em outras

---

19 Ibidem.

várias categorias até chegar ao Estado burguês. Conforme Ianni (1988, p. 36) isto significa:

Pouco a pouco, e ao mesmo tempo, surge o capitalismo, a sua história e a sua historicidade. Nesse sentido é que para Marx a história é dada a partir do presente, pela análise da dialética do presente. O presente do capitalismo repõe toda a história, na medida em que todo o passado indispensável ao entendimento do presente ressurge no interior das relações presentes. [...] O presente põe e repõe relações, processos e estruturas que exigem a pesquisa do passado.

Em Carta a P. V. Annenkov, Marx (1982, p. 84) faz uma crítica a Proudhon:

Como se vê, as formas econômicas sob as quais os homens produzem, consomem, comerciam, são transitórias e históricas. À medida que adquirem novas forças produtivas os homens modificam seu modo de produção; e, com o modo de produção, modificam também todas as relações econômicas, as quais nada mais eram que as relações necessárias àquele modo de produção. Eis que o Sr. Proudhon não compreendeu – e muito menos demonstrou. Incapaz de acompanhar o movimento real da história, ele nos apresenta um devaneio supostamente dialético. Não sente a necessidade de aludir aos séculos XVII, XVIII e XIX, visto que sua história se desenrola nos ambientes nebulosos da imaginação e paira muito alto, acima do espaço e do tempo. Em resumo, não é a história: são velhos disparates hegelianos; não é uma história profana. É uma história sagrada, é a história das idéias.

Löwy (1998) propõe idéias essenciais do historicismo que são as seguintes: 1) todo fenômeno cultural, social ou político é histórico e não pode ser compreendido senão por meio de e na sua historicidade; 2) existem diferenças entre fatos naturais e fatos históricos; 3) ambos, objeto da pesquisa e sujeito pesquisador, estão imersos no fluxo da história.

O ser histórico do homem é estudado pelo materialismo histórico<sup>20</sup>, que em conjunto com a dialética materialista, forma um todo único indivisível. Iniciando pelo problema fundamental da filosofia e terminando na teoria da verdade, nenhuma problemática do materialismo dialético se resolve sem a concepção materialista da história (KOPNIN, 1978, p. 63-64).

Devido a todos esses fatores observados, concluímos que a postura do materialista dialético é necessariamente a de um realista, afinal; investiga as relações reais, efetivas da sociedade, o que existe de fato. E aí se apresenta uma das principais características do método

---

20 Segundo Bottomore (2001) o materialismo histórico designa o corpo central de doutrina da concepção materialista da história, núcleo científico e social da teoria marxista.

desenvolvido por Marx, isto é, partir do real, da realidade empírica, imediata para torná-la um concreto pensado por meio da teoria. Malagodi (1988) acrescenta que o pesquisador deve ter atitude de pesquisa, esforçar-se para conhecer estritamente a realidade efetiva; ter uma atitude de profunda indagação.

Como podemos observar nas discussões supracitadas, é recorrente o uso da categoria totalidade. Malagodi (1988) acredita que a universalidade do materialismo dialético é possível porque ele não se detém na observação da sociedade a partir de um prisma de interesses particulares. O caráter universal desse conhecimento provém do esforço de compreender o conjunto do movimento, a totalidade da vida nas sociedades, ou seja, o passado, o presente e suas tendências para o futuro (MALAGODI, 1988, p. 21).

Compreendemos que o materialismo dialético apreende as sociedades como um todo, sem fragmentá-las em partes. É importante destacar que a totalidade é formada por totalidades menores que a compõem, porém, estas não são em momento algum menos importantes, pois são totalidades igualmente complexas<sup>21</sup>. A totalidade é, portanto, mais do que a soma das partes que a constituem.

Konder (2005) ressalta que a visão do conjunto sempre é provisória e nunca pode pretender esgotar a realidade a que se refere. A realidade é sempre mais rica do que o conhecimento que se tem sobre ela. Certamente, há algo que sempre escapa às sínteses, mas isto não destitui o pesquisador do esforço de elaborar sínteses para entender melhor a realidade. A síntese é a visão de conjunto que permite ao homem desvendar a estrutura significativa da realidade, e é essa estrutura que é a chamada totalidade.

Prado Júnior (2006, p. 6) ilustra a discussão utilizando o exemplo da floresta e das árvores:

[...] uma totalidade é sempre mais que a simples soma de suas partes. E em que consiste esse “mais”? Precisamente na relação que congrega aquelas partes e faz delas um sistema de conjunto que absorve e modifica sua individualidade anterior. Ou antes, a transforma em nova individualidade que é a função do todo e somente existe nesse todo. O modo de ser, a individualidade das diferentes árvores que compõem a floresta não é o mesmo quando consideradas independentemente do conjunto e sistemas de relações que é a floresta.

Carlos Nelson Coutinho citado por Konder (2005), afirma que a dialética não pensa o todo negando as partes, nem pensa as partes abstraídas do todo. Ela pensa tanto a

---

21 Ibidem.

contradição entre as partes como a união entre elas.

Netto (1996, p. 38) ao falar sobre ontologia e totalidade comenta que o caráter de totalidade do ser social não o identifica como um “todo” ou um “organismo”<sup>22</sup>, que integra funcionalmente partes complementares, mas sim, um sistema histórico-concreto de relações entre as totalidades que se estruturam conforme o seu grau de complexidade. O autor continua:

A menor componente da totalidade concreta, ela mesma uma totalidade de *menor* complexidade, jamais é um elemento simples: o ser que se especifica pela práxis é, quando já pode ser verificado faticamente, *altamente* complexo. Por isto, mesmo a *unidade* da totalidade concreta que é a realidade social não pode ser integralmente apreendida nos termos habituais da “função”, categoria explicativa válida para o sistema de relações todo/parte; ela só pode ser adequadamente tomada quando a investigação histórica estabelece, na totalidade concreta, aquele(s) complexo(s) que é (são) ontologicamente determinante(s) para a sua reprodução.

Michel Löwy (1989), importante interlocutor sobre o tema, aponta a centralidade da teoria crítica justamente por ela partir de uma visão dialética da *totalidade*<sup>23</sup> social, e por isto, é a única capaz de abordar os fenômenos sociais com rigor e profundidade. O próprio Marx (1987) ao falar sobre o conhecimento da vida cotidiana se preocupa em salientar sua abordagem filosófica diferenciada dos demais filósofos, afinal para ele a filosofia não tem somente a função de interpretar o mundo, mas essencialmente a finalidade de transformá-la, a partir do ponto de vista da classe proletária.

Lukács (1974) apud Netto (1989, p. 78) afirma que a categoria totalidade, extraída pela razão teórica da estrutura do real é uma das categorias centrais de Marx porque “a totalidade concreta é [...] a categoria fundamental da realidade”.

Kosik (1989, p. 35) ao falar sobre o tema afirma que “totalidade não se entende simplesmente como o todo, nem como todos os fatos;”, mas sim: “realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato *qualquer* (classes de fatos, conjunto de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido”.

Ademais de todas as considerações realizadas acerca da totalidade, salientamos o cunho de divisor teórico que esta categoria representa isto porque a postura metafísica anteriormente considerada como hegemônica é profundamente questionada afinal:

---

22 Aspas originais do texto de Netto.

23 Destaque dado pelo autor.

A posição da totalidade, que compreende a realidade nas suas íntimas leis e revela, sob a superfície e a casualidade dos fenômenos, as conexões internas necessárias, coloca-se em antítese à posição do empirismo, que considera as manifestações fenomênicas e casuais, não chegando a atingir a compreensão dos processos evolutivos da realidade. Do ponto de vista da totalidade, compreende-se a dialética da lei e da casualidade dos fenômenos, da essência interna e dos aspectos fenomênicos da realidade, das partes e do todo, do produto e da produção. Marx se apossou desta concepção dialética, purgou-a das mistificações idealistas e, sob este novo aspecto, dela fez um dos seus conceitos centrais da dialética materialista (KOSIK, 1989, p. 34).

Além de a totalidade ser considerada esse “divisor teórico” em relação à metafísica, pode-se afirmar que ela ganha centralidade no bojo da teoria crítica uma vez que enquanto categoria ontológica representa o concreto, síntese de várias determinações. Destarte, o olhar do assistente social não pode prescindir da totalidade enquanto categoria que lhe pode revelar o conjunto de relações presentes nas expressões da questão social.

## 5.2 A perspectiva crítica dialética no Serviço Social: a questão da totalidade

A proposta de discussão apresentada pelas correntes que discutem a Integralidade em saúde parte essencialmente da afirmação de que os indivíduos devem ser observados e compreendidos na Integralidade de suas condições de vida. Por outro lado, temos destacado que o posicionamento do Serviço Social com relação a este tipo de abordagem envolve fundamentalmente a categoria totalidade, pois julgamos que não há outro meio para compreender a Integralidade em saúde senão pelo viés da totalidade.

A partir da compreensão marxista o processo de conhecimento dos fenômenos sociais (objeto de investigação) é compreendido da ótica da totalidade, isto é, como complexos sociais e não fatos isolados. Pontes (2000) descreve estes complexos como estruturas sócio-históricas vivas, reais, componentes do ser social que se encontram em permanente movimento, uma vez que a realidade é necessariamente tensa e contraditória.

A totalidade concreta só é alcançada por meio de uma categoria central, a mediação. Netto (1989) avança dizendo que a estrutura da realidade é realizada por meio de mediações que o movimento dialético realiza. O autor acrescenta:

Na reconstrução do movimento da totalidade concreta, é a categoria da mediação que assegura a alternativa da “síntese das muitas determinações”,

ou seja, a elevação do abstrato ao concreto – mais exatamente, assegurando a apreensão da processualidade que os fatos empíricos (abstratos) não sinalizam diretamente.

Aprofundando a discussão sobre mediação Pontes (2000) classifica a categoria como sendo ontológica e reflexiva. É ontológica, pois está presente em toda realidade independente do conhecimento do sujeito; e é reflexiva porque a razão ultrapassa o plano da aparência em direção à essência e precisa construir intelectualmente mediações para reconstruir o próprio movimento do objeto. Para o autor as mediações funcionam como meio de condução por onde fluem as relações entre as instâncias da totalidade.

Como esse é um movimento da razão que busca reconstruir com a maior semelhança possível o movimento do real, acaba refletindo o movimento das categorias ontológicas e também as constrói categorias intelectivas. Para Pontes (2000, p. 41) a forma metodológica mais fecunda no plano do pensamento dialético é aquela que se expressa na tríade categorial singular, universal e particular. O autor exemplifica:

Parte-se do entendimento de que o ser social (compreendido como totalidade) e seus complexos dinâmicos estão submetidos a uma dada legalidade social<sup>24</sup>, resultado da própria processualidade daquele. Legalidade esta que, mesmo tendo um caráter de universalidade para o ser social, se expressa em cada complexo de modo particular, ou seja, uma dada lei histórico-social que se apresenta como uma *férrea necessidade* no dizer de Marx (1988:5) manifesta-se em cada complexo determinada pelas necessidades e conexões internas dos fenômenos e processos sociais.

Considerando que o Serviço Social é uma profissão de natureza interventiva o autor ao apontar caminhos em busca de uma ação profissional do Serviço Social mais exitosa, tendo como referência o projeto ético-político sugere a “(re) construção ontológica de seu objeto de intervenção profissional”. Para tanto, deve-se partir da tríade singularidade, universalidade e particularidade, buscando compreender o espaço de intervenção como um campo de mediações estruturado sobre determinações histórico-sociais constitutivas dos complexos sociais.

Em seus estudos Pontes (2000) elaborou um esquema de referência com relação às três esferas supracitadas. Nesta representação a singularidade é entendida como o campo da

---

24 Legalidade Social é entendida por Pontes (2000, p. 40) como “forças tendenciais que historicamente se impõem à sociedade e por ela também é construída demarcando certos condicionamentos do ser social”.

imediatividade, onde os fatos se encontram em sua aparência, assim como problemas sejam eles individuais, familiares, psicossociais, organizacionais ou programático-operativos. O plano da singularidade é a expressão dos objetos em si mesmos, onde se apresentam os traços irrepetíveis das situações singulares da vida em sociedade, que se apresentam como coisas fortuitas, rotineiras ou casuais. Vejamos um exemplo que se aplica ao Serviço Social:

A demanda institucional aparece ao intelecto do profissional despida de mediações, paramentada por objetivos tecnoperativos, metas e uma dada forma de inserção espacial (bairro, município, etc.); programática (divisão por projetos, programas ou áreas de ação) ou populacional (criança, idoso, migrante, etc.). Numa palavra, a demanda institucional aparece na imediatividade como um fim em si mesma, despida de mediações que lhe dêem um sentido totalizante. (PONTES, 2000, p. 44-45).

Nesse ponto, o autor destaca a importância dos dados relativos à subjetividade dos sujeitos e sua individualidade, uma vez que estas compõem ontologicamente o real e interferem no movimento das categorias sociais. Pontes (2000) ancorado em Faleiros (1985) destaca também a necessidade de estar atento ao domínio da facticidade, isto é, do conhecimento empírico do real; condição chave para sua ultrapassagem. O objeto de intervenção não pode ser visto restritivamente do ângulo da singularidade, pois não ultrapassará as demandas institucionais e nem alcançará ações mais contundentes no campo das transformações sócio-institucionais.

Na singularidade, as mediações, determinações e a própria legalidade social estão ocultas, porque este é o plano da imediatividade. Pelo fato de a singularidade corresponder à esfera da imediatividade é que o sujeito cognoscente assimila as categorias sociais como formas autônomas do ser. Neste nível, estas categorias aparecem despidas de determinações históricas.

Pontes (2007, p. 85), afirma:

Assim, para se operar a ultrapassagem da singularidade é preciso “buscar a legalidade de cada processo social”, através da apreensão das determinações onto-genéricas dos processos sociais. Não se trata de uma busca externa ao objeto, de nenhuma determinação transcendente ao ser; trata-se de uma captação a partir dos próprios fatos – aqui entendidos como “sinais empíricos” – e do seu automovimento, das mediações com a dimensão de Universalidade.

A universalidade por sua vez, encontra-se no campo da legalidade social, onde estão as leis tendenciais históricas: divisão social do trabalho, relações sociais capitalistas, relação capital- trabalho, relação estado - sociedade, políticas econômicas, políticas sociais entre outras determinações. Ambas, singularidade e universalidade enviam para a particularidade elementos como as demandas institucionais e as demandas sociais.

A esfera da universalidade compreende as grandes determinações e leis tendenciais de um dado complexo social, tais leis e determinações na esfera da singularidade tornam-se ocultas pela dinâmica dos fatos, nesta esfera parecem explicar-se a si mesmas. Nesse plano é preciso apreender que as categorias históricas do ser social podem estar interferindo em determinado problema ou fenômeno social que está sendo enfrentado. Deste modo, é fundamental assimilar como se dá a construção e o funcionamento do campo de mediações da intervenção profissional. Em síntese, pode-se dizer que é necessário capturar no cotidiano a interferência das forças e das leis sociais, observando realmente sua concretude e visibilidade. Pontes (2000, p. 46), observa:

Sem que se apreendam cognitivamente e ontologicamente esses processos complexos, a configuração das demandas sociais para a intervenção de sujeitos (profissionais e instituições) torna-se efetivamente empobrecida, e conseqüentemente o resultado do que a intervenção profissional pode alcançar no plano organizacional.

Finalmente temos a particularidade, denominada por Lukács (1970) como campo das mediações onde ocorre a síntese de determinações, ou seja, nesta esfera ocorre a reconstrução do objeto de intervenção. É o espaço reflexivo onde a legalidade universal se singulariza e a imediaticidade do singular se universaliza. É neste espaço que o concreto pensado se materializa, após ter passado pela fase de negatividade ou superação da aparência, e avança para um sistema de mediações que se interceptam, o qual é responsável por articulações, passagens e conversões histórico-ontológicas entre os complexos componentes do real.

A particularidade é caracterizada como campo de mediações, pois na dialética entre o universal e o singular a particularidade é a alavanca para desvendar o conhecimento do modo de ser do ser social. Neste campo de mediações os fatos singulares se vitalizam com as grandes leis tendenciais da universalidade e dialeticamente as leis universais impregnam-se de realidade.

Pontes (2007, p. 169) escreve:

Neste processo de particularização comparecem, através de aproximações sucessivas, as determinações histórico-sociais, bem como as modificações, que permitem aos sujeitos cognoscentes-intervenientes na trama das relações sociais em presença, desocultar instâncias da totalidade social envolvidas naquelas relações e que deixam de ter um “fim em si mesmo” porque perdem o caráter de isolamento, ou seja, o problema singularmente posto institucionalmente à ação dos profissionais.

O autor acrescenta:

O trabalho, com as mediações e nas mediações, conduz à compreensão de que este movimento de dessingularização, universalizador, deve caminhar no sentido da particularização daquelas situações problemáticas. Esta particularização garante a dimensão insuprimível da singularidade e a necessária visão de totalidade social (universalidade), possibilitando ao agente garantir, em tese, tanto as respostas tecnicamente necessárias no plano do imediato (garantindo acesso aos serviços sociais) quanto desdobramentos mais imediatos no plano da conscientização mútua (profissional e usuário-cidadão) e da organização dos segmentos excluídos (PONTES, 2007, p. 184-185).

Sem a compreensão da ação da mediação, a categoria do particular se resume numa polarização dicotômica entre o universal e o singular. A mediação tem “papel vertebral”<sup>25</sup> nos processos sociais, pois promove articulação entre os diversos complexos e instâncias da sociedade. Somente com a apreensão das determinações promovidas pela mediação é que é possível a perspectiva da totalidade.

### 5.3 Processo de apropriação da teoria crítica no Serviço Social

O chamado Movimento de Reconceituação do Serviço Social foi um movimento heterogêneo e plural ocorrido em toda a América Latina que colocou em pauta a discussão de um novo posicionamento da profissão ante a conjuntura particular dos anos de 1960; década marcada por uma crise da “civilização urbano-industrial”<sup>26</sup> que se disseminava por todas as esferas da vida social. Na América Latina esse movimento é permeado pelas expectativas de mudança a partir da Revolução Cubana, quando a possibilidade histórica de uma nova ordem

---

<sup>25</sup> “” Expressão utilizada por Pontes (2007, p. 87).

<sup>26</sup> “” expressão utilizada no texto Editorial da Revista Serviço Social e Sociedade, n. 84, 2005, p.3.

societária no continente fora vislumbrada. Netto (2005) destaca que a reconceituação se inscreve num processo muito mais amplo, de caráter mundial e Yamamoto (2006) completa dizendo que este movimento representou um marco decisivo no desencadeamento do processo de revisão crítica do Serviço Social no continente.

O Serviço Social, inserido em tal conjuntura histórica sofre influência de todo o contexto que o rodeava e a partir da revisão crítica que ocorria nas ciências sociais, em conjunto com o debate sobre a dependência e as teorias do desenvolvimento; com a emergência da chamada Igreja Popular e a teologia da libertação; com a presença do movimento estudantil e a contestação nas universidades; com o movimento de contra-cultura que rompe valores tradicionais e dissemina, principalmente na juventude, novos comportamentos e expressões culturais comprometidos com a transformação social; encontra neste bojo o panorama apropriado para promover o questionamento de determinadas práticas profissionais como as do Serviço Social Tradicional (EDITORIAL, 2005).

No editorial da Revista Serviço Social e Sociedade (2005, n. 84) que se dedica a uma homenagem aos 40 anos do Movimento de Reconceituação do Serviço Social na América Latina encontramos a seguinte observação:

Imbuída desse caldo cultural, a reconceituação do Serviço Social na América Latina foi marcada pela ação de grupos profissionais de vanguarda, reunidos em torno do questionamento ao tradicionalismo, às bases conservadoras do Serviço Social, à importação acrítica de modelos de intervenção, na defesa de um *Serviço Social latinoamericano* comprometido com um projeto de desenvolvimento para o continente.

Netto (2005) assinala que a partir de 1965 o Serviço Social se encontra num contexto acentuado de destituição de suas práticas tradicionais na maioria dos países onde a profissão já havia se institucionalizado. Esta conjuntura é marcada pela difícil transição da década de 1960 para 1970 quando uma forte crítica abate o “Serviço Social Tradicional”<sup>27</sup> o qual desenvolvia sua prática de modo empirista, reiterativo, paliativo, burocrático e funcionalista, com vistas a enfrentar as incidências psicossociais da questão social sobre indivíduos e grupos, sempre pressuposta a ordenação capitalista da vida social como um dado factual ineliminável.

Tais questionamentos se desenvolvem na totalidade das intensas mudanças ocorridas também no nível continental, no bojo da efervescência das lutas sociais demarcadas pelo

---

<sup>27</sup> “” expressão utilizada pelo autor no texto original.

avanço do capitalismo mundialmente. Em meio a tantas influências e transformações ocorridas neste quadro histórico, não somente o Serviço Social se depara com a necessidade de rediscutir determinados aspectos, este movimento ocorre concomitantemente nas ciências sociais e é o mesmo movimento que influencia a saúde. Yamamoto (2006, p. 206-207) complementa:

No seu conjunto, as ciências sociais se indagam quanto a seus parâmetros teórico-explicativos e ao seu papel; ampliam e renovam sua pauta temática, em resposta aos novos desafios históricos emergentes no continente. O pensamento social latino-americano busca reconciliar-se com sua própria história, questionando as teorias exógenas e subordinando sua validação à capacidade que apresentem de explicar e iluminar os caminhos particulares trilhados pelo desenvolvimento na América Latina em suas relações com os centros avançados do capitalismo. [...] O movimento de reconceituação perfilou-se como um movimento de denúncia, de autocrítica e de questionamentos societários, que tinha como contraface um processo seletivo de busca da historicidade, que apostasse na criação de novas formas de sociabilidade a partir do próprio protagonismo dos sujeitos coletivos.

A partir dos anos de 1970 a presença da teoria marxista foi observada em análises e propostas profissionais demonstrando um rompimento com as próprias produções anteriores do Serviço Social. A descoberta do marxismo pelo Serviço Social latino-americano cooperou significativamente *para um processo de ruptura teórica e prática com a tradição profissional*, nas palavras de Yamamoto (2006). Por outro lado, o modo como se processou tal aproximação com a teoria de Marx provocou alguns equívocos e impasses de ordem teórica, política e profissional cujos reflexos perduram em determinados aspectos.

Um dos equívocos cometidos no momento da aproximação com a perspectiva crítico-dialética foi a transferência de inquietudes advindas da militância política para a esfera da prática profissional sem fazer as distinções necessárias e dificultando a análise criteriosa de suas mútuas relações.

Outro fato que dificultou um pleno entendimento e aproximação com a teoria marxista foi a desatenção com as fontes clássicas e contemporâneas. Ao invés disto, a disseminação do pensamento marxista se deu por meio de manuais aliados à contribuição de alguns autores ligados à militância política (Lênin, Trotsky, Guevara) cujas produções foram apropriadamente escolhidas “numa óptica utilitária, em função de exigências prático-imediatas, prescindindo-se de qualquer avaliação crítica” (IAMAMOTO, 2006, p. 211).

Observando o caminho pelo qual a Reconceituação foi se construindo, conclui-se

que o personagem mais ausente é o próprio Marx. Nas palavras de Yamamoto (2006) “foi uma aproximação a um marxismo sem Marx”, que resultou em um ecletismo potencializado pela herança intelectual e política das bases conservadoras e positivistas, da qual o Serviço Social é adepto e contra a qual se opunha o Movimento de Reconceituação.

O encontro do Serviço Social latino-americano com o marxismo provocou certa tensão devido ao ecletismo com que se apresentava afinal este, expressava-se como conciliação no plano das idéias e estava ligado a um tipo de “chamamento à militância” que diluía as bases profissionais do Serviço Social. Yamamoto (2006, p. 212) explica que essa tensão se estabeleceu:

entre os propósitos políticos anunciados e os recursos teórico-metodológicos acionados para iluminá-los; entre pretensões político-profissionais progressistas e os resultados efetivamente obtidos. Com isso o discurso que se pretendia marxista passou a conviver com uma bagagem eclética, que não era capaz de operar a efetivação das intenções declaradas, fazendo com que a ruptura anunciada não fosse integralmente realizada.

Especificamente no Brasil, destaca-se a experiência da Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais, apesar de o debate brasileiro até meados de 1970 estar desfocado das discussões ocorridas nos demais países da América Latina. A Reconceituação ocorre efetivamente no país somente no período da crise da ditadura concomitantemente com o movimento da sociedade civil contra o regime militar. Esta conjuntura resultou em uma modernização da profissão que atualiza sua herança conservadora levando o Serviço Social a se adequar à ideologia dos governantes e a discutir internamente sobre elementos que supostamente confeririam à profissão um perfil característico, quando na verdade suas construções teóricas são invadidas pelo pensamento estrutural funcionalista e pelo discurso positivista. O Serviço Social se volta para as questões instrumentais e metodológicas bem expressas pelos modelos de diagnóstico e planejamento na intenção de atender a demanda da burocratização das atividades.

Netto (2005) diz que na década de 1970 a renovação profissional materializada na Reconceituação se viu paralisada pelas investidas da ditadura patrocinada pelos Estados Unidos derrotando qualquer alternativa democrática, reformista ou revolucionária. O movimento se esgotou devido às represálias brutais a muitos protagonistas do movimento que foram presos, torturados, exilados e até mesmo fizeram parte da lista de desaparecidos da ditadura.

Mesmo com as investidas contrárias à Reconceituação, Netto (2005) destaca conquistas alcançadas que marcaram a trajetória do Serviço Social latino-americano, como a articulação e uma nova concepção da unidade e intercâmbio entre os assistentes sociais; a explicitação da dimensão política da ação profissional; a interlocução crítica com as ciências sociais e a inauguração do pluralismo profissional. O autor enfatiza uma conquista deste movimento:

A principal conquista da Reconceituação, porém, parece localizar-se num plano preciso: *o da recusa profissional do Serviço Social de situar-se como um agente técnico puramente executivo* (quase sempre um executor final de políticas sociais). Reivindicando atividades de planejamento para além dos níveis de intervenção microssocial, valorizando nas funções profissionais o estatuto *intelectual* do assistente social, a Reconceituação assentou as bases para a requalificação profissional, rechaçando a subalternidade expressa na até então vigente aceitação da divisão consagrada de trabalho entre cientistas sociais (os teóricos) e assistentes sociais (os profissionais “da prática”) (NETTO, 2005, p. 12).

Fizeram parte da Reconceituação alguns equívocos que na análise de Netto (2005) foram principalmente a amálgama entre profissão e militarismo provocada pelo ativismo político; a recusa às teorias de outros países e o “*confucionismo ideológico*”<sup>28</sup> que procurava congregar as inquietudes da esquerda cristã e das novas gerações revolucionárias resultando por conceber a eclética mistura de autores como Paulo Freire e Mao Tsé-Tung. Curiosa e paradoxal, a Reconceituação, responsável pelo início da interlocução do Serviço Social com o marxismo, apreendeu desta, quase sempre, o que nela havia de menos vivo e criativo.

Na passagem dos anos 1970 para os 1980 observou-se que os assistentes sociais permeados pela conjuntura da reativação do movimento sindical e o protagonismo dos *novos sujeitos sociais*<sup>29</sup> vislumbraram novas perspectivas no sentido de romper com o tradicionalismo. Estes assistentes sociais investiram no plano da organização da categoria profissional e na formação acadêmica. Ambas as ações tiveram saldos positivos; na primeira, houve uma forte articulação nacional que oficializou os Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais como um fórum sólido e representativo da categoria profissional. Com relação à busca do aperfeiçoamento acadêmico o resultado foi a consolidação da pós-graduação em nível de mestrado e doutorado a partir da instituição de um currículo de âmbito nacional.

Esses importantes passos em relação à inserção dos assistentes sociais no ambiente

<sup>28</sup> “” expressão utilizada originalmente por Netto, 2005, p. 12.

<sup>29</sup> Expressão utilizada em itálico pelo por Netto, 2005, p. 17.

acadêmico proporcionaram nos anos de 1980 o desenvolvimento de uma perspectiva crítica, tanto teórica quanto prática, constituída a partir da Reconceituação. Ocorreu a retomada da crítica ao tradicionalismo com o foco nas conquistas anteriores sedimentadas pelo movimento, por isto a afirmação de Netto (2005, p. 18) de que “é adequado caracterizar o desenvolvimento do “Serviço Social crítico” no Brasil como herdeiro do *espírito* da reconceituação”. A profissão passa a ser reconhecida pelo compromisso com as instâncias menos favorecidas da população, pelo zelo com a qualificação acadêmica, pelo diálogo com as ciências sociais e pelo investimento maciço na pesquisa. Netto complementa:

É precisamente este “Serviço Social crítico” que vem redimensionando radicalmente a imagem social da profissão e hoje é reconhecido no plano acadêmico como área de produção de conhecimento, interagindo paritariamente com as ciências sociais e intervindo ativamente no plano da formulação de políticas públicas. É este “Serviço Social crítico” que dispõe de hegemonia na produção teórica do campo profissional, desfruta de audiência acadêmica nacional e internacional e goza de respeitabilidade pública, inclusive pela intervenção política. É este “Serviço Social crítico”, ele mesmo diferenciado, marcado por polêmicas e debates internos, diversificado teoricamente e ideologicamente plural que, no Brasil contemporâneo expressa o *espírito* da Reconceituação e não há nenhum exagero em afirmar que, sem o movimento dos anos 1960/1970, tal Serviço Social não existiria. A existência deste “Serviço Social crítico” – que hoje implementa o chamado *projeto ético-político* – é a prova conclusiva da permanente atualidade da Reconceituação como ponto de partida da crítica ao tradicionalismo: é a prova de que, quarenta anos depois, a Reconceituação continua viva. (NETTO, 2005, p. 18).

As ações dos assistentes sociais que se comprometeram mesmo em meio a entraves, como a ditadura militar, são classificadas por Barroco (2007) como uma mostra de compromisso ético-político. Esta parcela da categoria escolheu encontrar novas bases de legitimação para o Serviço Social, numa conjuntura de repressão e supremacia conservadora na profissão, e é deste modo considerada vertente de ruptura.

O novo sentido buscado pela profissão tem na Reconceituação a ética como categoria central na construção de um projeto diferenciado. A ética quando compreendida teoricamente é a prática ético-moral dos homens, deste modo, a insuficiência de sistematização ética na profissão no período da Reconceituação não impediu que a vivência prática se encarregasse de gerar um novo *ethos*, pautado em experiências históricas de luta social pela liberdade. Estas mudanças vieram acompanhadas de etapas de construção bem definidas; num primeiro momento nos anos de 1960 e de 1970 onde se deu início à nova

moralidade profissional construída na participação política, na influência crítica do movimento de Reconceituação da América Latina, na aproximação com o marxismo, na militância católica progressista, etc., em seguida na reformulação dos Códigos de 1986 e 1993.

Barroco (2007, p. 168) observa que determinadas lacunas formadas na Reconceituação avançam para a compreensão plena e isenta de ambigüidades:

A produção marxista supera os equívocos das primeiras aproximações, o *ethos* profissional é auto-representado pela inserção do assistente social na divisão sócio-técnica do trabalho, como trabalhador assalariado e cidadão. A formação profissional recebe novos direcionamentos, passando a contar com um currículo explicitamente orientado para uma formação crítica e comprometida com as classes subalternas. Em 1986, o Código de Ética, praticamente igual ao de 1948, é reelaborado, buscando-se garantir uma ética profissional objetivadora da nova moralidade profissional.

O amadurecimento intelectual alcançado pelo Serviço Social permitiu a superação dos equívocos do marxismo vulgar por meio da retomada das fontes do pensamento do autor. Nos anos 1980 Gramsci é incorporado em produções da profissão e influencia o novo Currículo de Serviço Social em 1982 e a elaboração do Código de Ética de 1986, considerado expressão formal da ruptura ética com o tradicionalismo do Serviço Social. Ambos, Código de Ética e reformulação curricular de 1982 “são marcos de um mesmo projeto que pressupõe o compromisso ético-político com as classes subalternas e a explicitação da direção social da formação e da prática profissional” (BARROCO, 2007, p. 170).

O Código de Ética de 1986 aponta para a necessidade de uma ética profissional que “reflita uma vontade coletiva, superando a visão acrítica, onde os valores são tidos como universais e acima dos interesses de classe”. A nova ética é então definida como “resultado da inserção da categoria nas lutas da classe trabalhadora e, conseqüentemente, de uma nova visão da sociedade brasileira”. O princípio da nova ética é assim explicitado: “A categoria, através de suas organizações, faz uma opção clara por uma prática profissional vinculada aos interesses desta classe” (CFAS, 1986; apud BARROCO, 2007, p. 176).

O fato desse código expressar uma concepção ética mecanicista por não apreender as mediações, peculiaridades e dinâmicas da ética, identifica-o com pontos de divergência em relação ao pensamento de Marx. Barroco (2007, p. 177) explica:

Na medida em que o compromisso e as classes não são tratados em suas

mediações em face da ética profissional, o Código não expressa uma apreensão da especificidade da ética; em vez de se comprometer com valores, compromete-se com uma classe, o que é o mesmo que afirmar que tal classe é, *a priori*, detentora dos valores positivos, o que configura uma visão idealista e desvinculada da questão da alienação. Ao não estabelecer as mediações entre o econômico e o moral, entre a política e a ética, entre a prática política e a dimensão política da prática profissional, o Código reproduz as configurações tradicionais da ética marxista.

O Código de 1986 tem sua importância, mas Barroco (2007) afirma que ele não acompanhou os avanços teórico-metodológicos e políticos da década de 1980, e ainda, que estes avanços não foram traduzidos em um debate ético abrangente nem na elaboração de uma literatura específica.

No que se refere à revisão do texto do Código de 1986, destaca-se o fato de a democracia ter sido tomada como valor ético-político central, “na medida em que é o único padrão de organização político-social capaz de assegurar a explicitação dos valores essenciais da liberdade e da equidade”. Ainda, atentou-se para a questão da delimitação do exercício profissional de modo a permitir que os valores fossem e sejam presentes nas relações “entre assistentes sociais, instituições/organizações e população, preservando-se os direitos e deveres profissionais, a qualidade dos serviços e a responsabilidade diante do usuário” (BRASIL, 1997, p. 15).

Barroco (2007, p. 200) ao falar sobre a revisão do Código de 1986 escreve:

Entendeu-se, sobretudo, a necessidade de estabelecer uma codificação ética que desse concretude ao compromisso profissional, de modo a explicitar a dimensão ética da prática profissional, afirmar seus valores e princípios e operacionalizá-la objetivamente em termos de direitos e deveres éticos. Neste sentido, o recurso à ontologia social permitiu decodificar eticamente o compromisso com as classes trabalhadoras, apontando para a sua especificidade no espaço de um Código de Ética: o compromisso com valores ético-políticos emancipadores referidos à conquista da liberdade.

O Código de 1993 demonstra em sua composição um avanço teórico notável, resultado do acúmulo anterior; ele é considerado a superação das fragilidades do Código de 1986. O processo histórico que culminou na aprovação desse Código certamente influenciou seu processo de arranjo; o momento é marcado pela sensibilização da sociedade civil com relação à questão ética, o que se materializa em mobilizações que reivindicam a ética na política e na vida pública, conduzindo a atos como o *impeachment* do presidente Collor em

1992. Por trás de ações desta natureza está, na verdade, o descontentamento social cujas determinações não encontram na ética elementos de superação. Além disso, há o acirramento das influências do banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional que prevê a subordinação dos países da América Latina e sua adesão ao mundo globalizado e ao neoliberalismo.

É importante destacar que o Código de 1993 contempla as categorias do método crítico dialético, permitindo o trânsito entre as construções teórico-metodológicas, os campos de intervenção profissional e das próprias ações profissionais da dimensão prática em contexto como por exemplo a totalidade, e ao mesmo tempo propicia uma base de fundamentação ao debate da pós-modernidade que sugere a negação de tais categorias. Nesse Código a dimensão prático-operativa é abordada de modo coerente com seus fundamentos, ou seja, tem por eixo a defesa e a universalização dos direitos sociais e de mecanismos democráticos de regulação.

No que tange à competência ético-política profissional compreendida como a particularidade do compromisso profissional para com os valores e princípios do Código, atenta-se para o fato de que:

ela não depende somente de uma vontade política e da adesão a valores, mas da capacidade de torná-los concretos, donde sua identificação como unidade entre as dimensões ética, política, intelectual e prática, na direção da prestação de serviços sociais (BARROCO, 2007, p. 205).

A autora destaca também que:

A partir de 1993, o Código de Ética passa a ser uma das referências dos encaminhamentos práticos e do posicionamento político dos assistentes sociais em face da política neoliberal e de seus desdobramentos para o conjunto dos trabalhadores. É nesse contexto que o projeto profissional de ruptura começa a ser definido como projeto ético-político referendado nas conquistas dos dois Códigos (1986 e 1993), nas revisões curriculares de 1982 e 1996 e no conjunto de seus avanços teórico-práticos construídos no processo de renovação profissional, a partir da década de 1960 (BARROCO, 2007, p. 206).

Esses fatos certamente demonstram avanços significativos no atual Código de Ética como resultado do acúmulo profissional dos anos 1980 e dos avanços teórico-políticos conquistados no Código de 1986, determinando um novo e substancial patamar na trajetória

do Serviço Social brasileiro. A elaboração deste Código implicou um processo coletivo de debates e reflexões que foram essenciais e culminou em legitimidade no conjunto dos assistentes sociais, o que não significa a ausência de opiniões diversas e contraditórias em meio aos debates. Frente a este embate, Barroco (2007) afirma que as bases de reflexão agora situadas na perspectiva crítica sinalizam e possibilitam o enfrentamento de dilemas e opções em face das quais as controvérsias continuarão em aberto e provavelmente nunca se esgotarão.

O Movimento de Reconceituação foi importante porta de entrada para a teoria crítica marxista no Serviço Social, e tal destaque é reconhecido por toda a profissão. Tal influência delimitou os marcos e rumos teóricos a serem tomados e seguidos pela profissão, rumos estes que orientam o fazer profissional em todas as instâncias de atuação. A partir disto, podemos dizer que dois elementos são fundamentais para pensar qualquer discussão e inserção dos assistentes sociais nos diferentes campos: o primeiro implica compreender e assumir uma postura de nítida escolha de determinadas categorias teóricas que façam referência e tenham conexão com a teoria social de Marx, a qual deve nortear tanto as discussões no plano teórico como no prático, pois nela se encontram os elementos chaves que dão sustentabilidade aos assistentes sociais em qualquer espaço profissional (como é o caso na área da saúde).

O segundo elemento se faz presente nesse movimento histórico onde o Serviço Social constrói não somente um referencial teórico-metodológico, mas também um destacado projeto ético-político expresso na consolidação de seu Código de Ética que traz a defesa intransigente dos direitos dos cidadãos, a ampliação e a consolidação da cidadania, a defesa da democracia, etc. Ambos, o projeto ético-político e os fundamentos teórico- metodológicos, compõem o que podemos denominar pilares do exercício profissional, ferramentas essenciais ao desempenho do assistente social em seu local de exercício profissional.

## **6 POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL PARA A DISCUSSÃO DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE**

A revisão bibliográfica sobre Integralidade em saúde presente neste trabalho e a discussão pertinente ao Serviço Social permitem-nos traçar alguns pontos de reflexão, na tentativa de construir um diálogo entre esta temática no campo saúde e a profissão.

Entendemos que uma das maiores contribuições deste trabalho, para os assistentes sociais, está no fato de que é uma pesquisa inédita na profissão e que se dispôs a observar a produção sobre Integralidade em saúde e situar a compreensão e a contribuição do Serviço Social neste debate a partir das bases da teoria crítica dialética. Além disso, buscamos conhecer e apreender os significados atribuídos à Integralidade em saúde bem como as teorias que dão sustentação aos mesmos, discernindo as influências teóricas presentes nos discursos.

Compor esta pesquisa nos fez superar desafios, como por exemplo, construir um trabalho estritamente teórico e comprometido com as bases teóricas da profissão. Para que isto acontecesse buscamos criteriosamente analisar as fontes de pesquisa tendo como parâmetro as construções teóricas da Reforma Sanitária e do Serviço Social.

Acreditamos que o debate teórico construído pelo Serviço Social no decorrer de sua trajetória fundamentado na teoria crítica de Marx é um ponto a ser destacado, pois a Integralidade em saúde não pode ser abordada apenas de uma ótica ou perspectiva, mas trabalhada em conjunto com a concepção ampliada de saúde. Esta compreendida como direito de todos os cidadãos ao acesso pleno de seus direitos de saúde, educação, habitação, lazer, alimentação, determinantes sociais da saúde.

Pensar a Integralidade em saúde do ponto de vista do Serviço Social implica necessariamente considerar a categoria da totalidade como pedra angular na compreensão da realidade social e no desvendamento da mesma com as lentes apropriadas para tal. Lembrando que a totalidade é uma categoria ontológica que representa o concreto (síntese de determinações), a qual Lukács (1979) descreve como um complexo constituído de complexos subordinados, ou seja, toda parte é também um todo, sem eliminar o caráter de elemento.

Sabe-se que no trabalho de reconstruir o movimento do real com fidelidade, a forma metodológica “mais fecunda” (nas palavras de Pontes, 2000), é a composta pelas categorias singularidade, universalidade e particularidade, como já sinalizamos. Elas são responsáveis por mediar diferentes aspectos da realidade social contribuindo deste modo para pensar a Integralidade além das fronteiras da individualidade, ou seja, compreendendo a singularidade

nas suas mediações com a particularidade e a universalidade.

O projeto ético-político do Serviço Social é outra base de sustentação e contribuição da profissão para a discussão Integralidade, uma vez que tem sua expressão maior no Código de Ética profissional elaborado a partir de discussões articuladas em torno da democracia que é tomada como valor ético-político central; onde encontramos os princípios fundamentais norteadores do agir profissional dos assistentes sociais. Faz parte destes princípios a defesa intransigente dos direitos humanos, opção por um projeto profissional vinculado ao processo de formação de uma nova ordem social e articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código (BRASIL, 1993).

Além disso, o Serviço Social está comprometido juntamente com os profissionais da área da saúde com a defesa e promoção da saúde e dos princípios norteadores do SUS; Equidade, Universalidade e Integralidade; atentando para os determinantes sociais da saúde e da doença.

Seguindo o rumo das discussões sobre Integralidade, em diálogo com Cecílio (2001), observamos que o posicionamento do autor com relação a este princípio é de que ele precisa ser pensado e trabalhado em várias dimensões a fim de que seja alcançado do modo mais completo possível. Ao falar sobre as necessidades de saúde o autor destaca quatro conjuntos que apontam para a satisfação das mesmas: ter “boas condições de vida”, ter acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida, desenvolver vínculos afetivos entre equipes ou profissionais de saúde e usuários (vínculo entendido como relação de confiança) e ter autonomia no modo de conduzir a vida.

Pereira (2002), importante referência na área das políticas sociais discute acerca da temática de necessidades humanas básicas e da importância deste conceito no marco dos direitos sociais e das políticas públicas. A autora faz alusão a Pisón (1998) que diz:

Necessidades e bem-estar estão indissolúvelmente ligados no discurso político e moral e, especialmente, na prática corrente dos governos. Não há serviços sociais sem a delimitação daquelas necessidades a serem satisfeitas. E, ao mesmo tempo, a relação entre as necessidades e os direitos sociais está no núcleo de muitos problemas e discussões que se produzem na atualidade (PISÓN, 1998 apud PEREIRA, 2002, p. 37).

Apoiada em Cabrero (1994), Pereira (2002, p. 66) ressalta que o conceito essencial de necessidades humanas deve estar baseado na universalidade. Esta universalidade por sua vez:

Não implica a generalização etnocentrista das necessidades do centro para as periferias, das sociedades industriais para as subdesenvolvidas, mas um debate que defina o conjunto das necessidades no âmbito de todos os mundos existentes, apontando para um profundo sentido de redistribuição dos recursos no plano mundial.

Pereira (2002, p. 66) dialoga com os autores Doyal e Gough os quais sustentam o posicionamento a favor da idéia de que todos os seres humanos em todos os tempos, em todos os lugares e em todas as culturas, têm necessidades básicas comuns. Estes autores afirmam haver um “consenso moral, perfeitamente detectável em diferentes visões de mundo, de que o desenvolvimento de uma vida humana digna só ocorrerá se certas necessidades fundamentais (comuns a todos) forem atendidas”.

Os autores definem ainda o que chamam de “sérios prejuízos” à vida, caso as pessoas não tenham suas necessidades básicas supridas; estes prejuízos seriam impactos negativos que impedem ou colocam em risco a possibilidade objetiva dos seres humanos de viver física e socialmente em condições plausíveis de poder expressar a sua capacidade de participação ativa e crítica. Os efeitos nocivos destes danos sofridos pelos seres humanos independem de sua vontade, do lugar ou da cultura em que se verificam.

Os autores concluem que as necessidades básicas são objetivas e universais. Objetivas porque a sua especificação teórica e empírica independe de preferências individuais; e universais porque a percepção de sérios prejuízos é a mesma para todos os indivíduos seja qual for a cultura.

A saúde física é considerada uma necessidade básica, e sem ela os homens estarão impossibilitados inclusive de viver, é uma necessidade natural que afeta a todos os seres vivos e que em principio não diferencia homens de animais, muito embora os homens requeiram provisões de teor humano-social, ou seja:

Trata-se, portanto, de reconhecer que mesmo no plano das satisfações de necessidades físicas ou biológicas, a origem do homem, como salienta Marx, não está nem na natureza, concebida abstratamente, nem na totalidade da sociedade, concebida também de forma abstrata. Tal origem está visceralmente ligada à práxis humana, que só é humana na medida em que o trabalho (ou a atividade) realizado pelo homem difere da atividade de outras criaturas vivas (PEREIRA, 2002, p. 69).

Finalmente destacamos a ação profissional dos assistentes sociais como contribuição significativa à Integralidade, uma vez que por meio dela ocorre o cumprimento dos princípios

estabelecidos no Código de Ética, na Constituição Federal, no SUS e demais preceitos legais competentes a estes profissionais. Em conjunto com a ação profissional pode-se fazer correlação com os eixos presentes no primeiro capítulo deste trabalho e seus desdobramentos. Os eixos discutidos são: a Integralidade na assistência à saúde e a Integralidade no exercício profissional.

Com relação aos elementos do Serviço Social que elencamos em conexão com a Integralidade observamos similaridades. Autores como Mattos (2001) defendem que a Integralidade é uma “imagem-objetivo” por se almejar que ela se torne num horizonte temporal definido a impressão real do caminho traçado hoje. O Serviço Social por sua vez, visa alcançar certa unicidade e consolidação em seu projeto profissional, ou seja, caminha em direção a uma “imagem-objetivo”, com bases e objetivos muito bem delimitados nos princípios do Código de Ética.

Enquanto profissionais inseridos nas equipes de saúde, os assistentes sociais apontam dificuldades de trabalhar interdisciplinarmente, segundo os resultados da pesquisa realizada por Miotto e Rosa (2007)<sup>30</sup>. As conclusões desta pesquisa estão em Rosa (2007, p. 11), onde a autora relata que os assistentes sociais se identificam e “são identificados pela equipe multiprofissional como os responsáveis pela valorização, busca e estímulo do trabalho interdisciplinar”, fato que destaca a inserção diferenciada dos assistentes sociais nas equipes de trabalho.

Nogueira e Miotto (2006) sinalizam que a partir da implementação do SUS, a adoção do paradigma da “produção social da saúde” produziu uma rearticulação dos discursos e das práticas profissionais tradicionais no campo da assistência à saúde, e que o Serviço Social adquire um novo estatuto a partir da proposição deste paradigma. As autoras afirmam:

É justamente através desta apropriação que as ações profissionais encontram um novo espaço para sua discussão. Deve-se observar, no entanto, que construir essa nova posição do Serviço Social impõe colocá-lo no âmbito da discussão interdisciplinar que tem se realizado no campo de conhecimento da saúde coletiva. Tal procedimento permite dar concretude, direcionalidade e visibilidade à profissão, tanto a partir de seu projeto de formação profissional, historicamente construídas, e re-visitadas sob a luz do projeto ético-político do Serviço Social. Essa discussão torna-se fundamental para impulsionar e assegurar a transformação das práticas

---

<sup>30</sup> A pesquisa realizada por Miotto e Rosa intitulada “Processo de construção do espaço profissional do Assistente Social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o Serviço Social na Estratégia Saúde da Família” pode ser consultada na íntegra no relatório de pesquisa entregue ao CNPQ. Dados e resultados da referida pesquisa estão no Trabalho de Conclusão de Curso de Rosa, ao qual fazemos referência.

profissionais no contexto da reforma sanitária.

Além disso, a atuação do Serviço Social é desempenhada com vistas à intersectorialidade, compreendida como a articulação entre os vários serviços, vários setores e várias políticas organizadas em uma rede de serviços similares e complementares que possa ser facilmente acessada pelos usuários. A intersectorialidade, portanto, não se restringe à área da saúde ou da assistência social, afinal frequentemente os usuários de um determinado serviço necessitam acessar outros direitos ao mesmo tempo, e é competência dos assistentes sociais garantirem a proteção social através da promoção e acesso aos direitos.

Nesse contexto, Nogueira e Miotto (2006, p. 275) destacam a interdisciplinaridade e a intersectorialidade como pilares da Integralidade. A primeira por ser compreendida como:

um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabiliza um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltadas à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde.

E a segunda:

como uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas visando à superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas institucionais para produzir efeitos significativos na saúde da população e exige articulação entre sujeitos de diferentes setores sociais e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos (REDE UNIDA, 2000; JUNQUEIRA, 2004 apud NOGUEIRA e MIOTTO, 2006, p. 275).

Em relação à formação profissional é importante destacar que na medida em que as diretrizes curriculares se construíram a partir da teoria crítica dialética, a categoria totalidade tornou-se central no processo de formação dos assistentes sociais, nestes termos,

A capacitação teórico-metodológica e histórica é que permite uma apreensão do processo social como totalidade, reproduzindo o movimento do real em suas manifestações universais, particulares e singulares, em seus componentes de objetividade e subjetividade, em suas dimensões econômicas, políticas, éticas, ideológicas e culturais, fundamentado em categorias que emanam da adoção de uma teoria social crítica (ABESS/CEDEPSS, 1996, p. 152).

Ainda:

A perspectiva fundante da formação profissional é um rigoroso trato teórico, histórico e metodológico da realidade social. Sua hipótese é a adoção de uma teoria social crítica e de um método que permita a apreensão do singular como expressão da totalidade social. É a historização do movimento da realidade que permite perceber as tendências do real. A implicação dessa formulação é problematizar a sociedade do ponto de vista da reprodução social, qualificando a unidade da produção material e da reprodução das relações sociais. Considerando ser a questão social o foco central da formação profissional, o Serviço Social, nas suas determinações sócio-históricas e ídeo-políticas, deve requalificar as respostas profissionais da questão social, definindo diretrizes e metas da formação profissional a serem desenvolvidas, quais sejam: capacitação teórico-metodológica, investigativa, teórica, investigativa articulada à intervenção profissional, ético-política, capacitação para apreender as demandas, para apreender as novas mediações e injunções nos campos tradicionais da prática profissional, bem como as demandas emergentes, capacitação técnico-política e teórica para compreender a prática profissional (ABESS/CEDEPSS, 1996, p. 166-167).

É válido destacar que a formação acadêmica dos assistentes sociais pode ser considerada privilegiada, visto que, o currículo é composto por disciplinas como antropologia, psicologia social, sociologia, ética e as demais áreas específicas da profissão fundamentadas na teoria crítica. Tais conhecimentos conduzem os futuros profissionais a questionar e analisar a realidade social. Especificamente no campo da saúde, destaca-se a prerrogativa de defender um sistema de saúde no qual o direito à saúde estabelecido constitucionalmente é cumprido em oposição ao modelo biomédico tradicional.

Precisamos, todavia enfatizar os desafios a serem superados pelo Serviço Social. Dentre os inúmeros desafios a serem enfrentados e superados pelos assistentes sociais e outros profissionais na busca da garantia dos direitos dos cidadãos cotidianamente, Vasconcelos (2006, p. 242) ressalta “a necessidade de projetar e empreender uma prática, tendo em vista a participação consciente e de qualidade no enfrentamento” da orientação econômico-social (neoliberalismo) rumo aos interesses históricos da classe trabalhadora. Para tanto, é *mister* romper com qualquer prática conservadora e contraditória ao projeto hegemônico da categoria, e principalmente desenvolver práticas efetivamente condizentes com o referido projeto.

A mesma autora realizou uma pesquisa sobre a realidade do Serviço Social no cotidiano dos serviços de saúde em municípios e constatou que:

[...] há uma desconexão, uma fratura entre a prática profissional realizada pelos assistentes sociais, os quais, direta ou indiretamente, tomam como referência o projeto ético-político e as possibilidades de prática contidas na realidade, objeto da ação profissional, as quais só podem ser apreendidas a partir de uma leitura crítica da realidade, fruto de uma conexão sistemática – ainda não existente – entre a prática profissional e o debate hegemônico da categoria.

Marilda Yamamoto (2006), um expoente no que tange às referências para o Serviço Social no Brasil, ao escrever sobre os desafios que se apresentam na atualidade aos assistentes sociais, afirma que um dos maiores deles é o desenvolvimento, por parte dos profissionais, de “sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano”.

Além da colocação de Yamamoto, identificamos outras questões discutidas pelos autores e compreendidas como pontos a serem superados. A primeira delas diz respeito à dicotomia teoria e prática destacada por Montaño (2000). O autor comenta sobre a influência exercida pelo positivismo no Serviço Social, afirmando que esta corrente teórica causou influxo e deixou seqüelas na profissão; principalmente sobre a idéia de desarticulação entre teoria e prática. É recorrente a apresentação de críticas por parte dos próprios assistentes sociais em relação à dicotomia teoria e prática, afinal a teoria marxista propõe a observação da totalidade social para que possa haver uma real compreensão dos fenômenos.

Montaño (2000, p. 16) escreve:

Esta segmentación, muchas veces está marcada por la reproducción de la separación profesional, muy al gusto del positivismo, entre el que conoce, el “cientista” (sociólogo, economista etc.), y el que actúa, el profesional de campo (asistente social, educador etc., vistos como agentes “de la práctica”); otras veces es marcada por la identificación de una supuesta teoría “específica” del Servicio Social, está considerada como el “conocer para actuar” (diferenciada de la “teoría pura” de los “cientistas”), donde la teoría (“del Servicio Social”) se reduce a la mera sistematización de las prácticas y/o el conocimiento situacional (diagnóstico).

O autor prossegue suas análises afirmando que o produto das situações descritas é o distanciamento do conhecimento crítico aliado às possibilidades de intervenção transformadoras, e ainda, que a ação prática interventiva se isola das possibilidades críticas de conhecimento. A *práxis* é resumida à prática cotidiana imediata; a teoria social por sua vez se

exaure em abstrações; e a teoria “específica”<sup>31</sup> do Serviço Social se esgota no conhecimento operativo.

Outro fator que colabora para esta dicotomia é o de que os profissionais privilegiam as especializações em detrimento da compreensão da dinâmica social por inteiro. Neste caso, o conhecimento decodificado da realidade pelo profissional se apresentará de maneira fragmentada resultando em uma resposta igualmente fragmentada e parcial (MONTAÑO, 2000).

Vasconcelos (2006) em sua pesquisa identificou que independente do tipo de unidade de saúde, diferenças entre os usuários e das demandas dirigidas ao Serviço Social; os profissionais mantêm uma postura de subalternidade ao movimento das instituições sem perceber ativamente as demandas que se apresentam a ele. Deste modo, os assistentes sociais não buscam estudar a gênese das demandas apresentadas pelos usuários nos atendimentos nem as demandas institucionais, atentando apenas para a realização das demandas espontâneas ou selecionadas e dirigidas ao Serviço Social pelos demais profissionais.

Com a finalidade de romper com essas práticas conservadoras, a autora destaca a importância da definição clara e consciente das referências ético-políticas e ainda de uma perspectiva teórico-metodológica que:

colocando referências concretas para a ação profissional, possibilite a reconstrução permanente do movimento da realidade objeto da ação profissional, enquanto expressão da totalidade social, gerando condições para um exercício profissional consciente, crítico, criativo e politizante, que só pode ser empreendido na *relação unidade entre teoria e prática* (VASCONCELOS, 2006, p. 253).

Destarte, o perfil exigido para o profissional em contato com a realidade social e suas interfaces e apto a lidar com as mesmas deve compreender uma capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa pautada na teoria crítica que aponta para a apreensão crítica da realidade na perspectiva da totalidade. Além disso, deve atentar para a análise do movimento histórico, a compreensão do significado social da profissão e a formulação de respostas para as demandas presentes na sociedade.

Tal consistência se faz necessária perante as diversas vertentes teóricas que se apresentam constantemente como alternativa às bases do Serviço Social e que correntemente influenciam muitos profissionais desatentos. A apropriação de teorias exteriores ao Serviço

---

31 Aspas originais do texto de Montañó.

Social sem questioná-las põe em risco a unicidade almejada pela categoria desde o Movimento de Reconceituação. É necessária uma real compreensão dos novos discursos a fim de estabelecer uma posição coerente com as bases profissionais, esta é uma das proposições deste trabalho, localizar a Integralidade em saúde no e a partir do pensamento teórico do Serviço Social, e deste modo contribuir com propriedade e sobriedade com este campo do conhecimento.

No desenrolar desse movimento, o assistente social calcado nas bases teóricas indispensáveis, desenvolve sua prática de forma delineada contemplando a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a qualidade do profissional e do atendimento prestado ao usuário, a perspectiva dos determinantes sociais da saúde e da doença, etc.; isto é, a Integralidade em saúde. Porém, precisamos atentar para as implicações de chegar a este patamar de compreensão. Acreditamos que além da superação da dicotomia teoria e prática um segundo fator exerce papel fundamental, a interdisciplinaridade.

A interdisciplinaridade se destaca tanto no campo da produção do conhecimento como no desafio prático na pesquisa e nos processos pedagógicos. No primeiro Frigotto (2000) aponta para a necessidade de a interdisciplinaridade fundar-se no caráter dialético da realidade social que é, una e diversa. O autor explica:

O caráter uno e diverso da realidade social nos impõe distinguir os limites reais dos sujeitos que investigam os limites do objeto investigado. Delimitar um objeto para a investigação não é fragmentá-lo, ou limitá-lo arbitrariamente. Ou seja, se o processo de conhecimento nos impõe a delimitação de determinado problema, isto não significa que tenhamos que abandonar as múltiplas determinações que o constituem. E, neste sentido, mesmo delimitado, um fato teima em não perder o tecido da totalidade de que faz parte indissociável (FRIGOTTO, 2000, p. 27).

Com relação ao segundo ponto, o autor destaca que deve haver um posicionamento radicalmente favorável ao materialismo histórico, com o intuito de romper com o ecletismo e com o dogmatismo. Além disto, tanto com relação à pesquisa como ao trabalho pedagógico é indispensável ao trabalho interdisciplinar, que as concepções de realidade, conhecimento e os pressupostos e categorias de análise sejam criticamente explicitados.

O caminho pelo qual nos conduz Frigotto (2000) em suas considerações desemboca na terceira questão a ser destacada, a formação profissional. O educador destaca como ponto crucial para a prática do trabalho interdisciplinar, sobrepujar-se à dominação de uma formação fragmentária, positivista e metafísica.

Merhy (1997) apud Nogueira e Miotto (2006, p. 274) ao falar sobre o importante aspecto coletivo nos serviços de saúde escreve:

Nestes muitos anos de militância e acumulação de experiências vivenciadas na busca da mudança do modo de produzir saúde no Brasil, aprendemos que: ou esta é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reformas macro-estruturais e organizacionais, nas quais nos temos metido, não servirão para quase nada.

Essa perspectiva, na opinião das autoras, possibilita superar a dissonância existente entre a prática dos assistentes sociais e o projeto ético-político, entre a teoria e a prática e entre a intenção e a ação. Indicam ainda que a possível falta de nitidez ou conhecimento por parte dos assistentes sociais em relação aos projetos em confronto ou talvez por opção ideológica tenha caracterizado a inserção destes profissionais “no campo da saúde muitas vezes de modo acrítico, ou seduzidos pelo canto das sereias, que é o mercado, na direção oposta ao projeto ético-político”.

Sabe-se que o Serviço Social a partir da elaboração das novas Diretrizes Curriculares para o Curso, sob a coordenação da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS e com apoio das outras entidades da categoria – decorre de um amplo debate realizado pelas Unidades de Ensino a partir de 1994, que resultou na sua aprovação em 1996. Desde então vem ocorrendo, em todo o país, a revisão dos currículos de Serviço Social sob essas novas diretrizes, que aprofundam as bases do processo de revisão curricular de 1982, quando a formação profissional do assistente social rompeu com suas bases conservadoras, assumindo uma perspectiva histórico-crítica de profissão (CFESS, 2005).

Além disso, Nogueira e Miotto (2006, p. 219) ao discutirem a inserção do Serviço Social no campo saúde e a articulação da ação profissional às diretrizes do SUS, propondo um debate que contemple tanto o aspecto do projeto da reforma sanitária quanto o projeto ético-político, destacam que congregam ambos os projetos “sinaliza para um estatuto diferenciado da profissão no campo da saúde”. Sua argumentação está embasada em três pontos:

O primeiro está relacionado à concepção ampliada de saúde e a um novo modelo de atenção dela decorrente, incluindo-se a atenção à saúde como um dos pilares estruturantes dos sistemas públicos de bem-estar construídos no século passado (Campos e Albuquerque, 1999).

A base de composição deste processo tem sido a nova visão analítica sobre o processo saúde-doença a partir do reconhecimento dos determinantes sociais o que amplia as pesquisas sobre modalidades de atenção inovadoras devido à preocupação com a resolutividade dos sistemas públicos nacionais de saúde. Nesta mesma linha, a promoção da saúde vem se constituindo como campo abrangente de práticas em conjunto com a articulação entre prevenção e cura; acrescida de adensamento conceitual que responde ao modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS.

O segundo ponto é que,

atualmente, ocorre um movimento de reorganização e atualização das práticas em saúde através dos Pólos de Capacitação Permanente e Atualização Profissional em vários níveis, para distintas categorias profissionais e para programas específicos, instituídos pelo Ministério da Saúde (MS). Tal movimento, vinculado à Política Nacional de Educação Permanente do MS tem buscado qualificar recursos humanos para atuação nos moldes preconizados pelos princípios e diretrizes do SUS. Por essa razão amplia-se a preocupação com a especificidade do Serviço Social à medida que se observam outras profissões alargando suas ações em direção ao social. Fica evidente a força que a temática do social, e do trabalho com o social, vem ganhando no âmbito da saúde, através das diferentes profissões.

E, finalmente, o terceiro ponto, é paradoxalmente, a “desqualificação pela qual vem passando os aspectos relacionados ao social”. As autoras fazem esta afirmação, embasadas na análise do formato de programas como o de Agentes Comunitários de Saúde, na qual, é atribuída aos profissionais a execução de ações complexas e inadequadas com seu nível de habilitação. Destaca-se também, o fato de a supervisão do programa ser atribuída ao enfermeiro. Isto reforça a escassa preocupação com uma ação técnica mais competente e aponta para uma visão reducionista da área contrapondo-se à concepção preconizada na Constituição Federal.

É válido destacar que a superação de questões como a de estatuto de profissão paramédica, típico do modelo biomédico e como é reconhecido o Serviço Social, passa pelas três etapas destacadas acima. Além disso, trabalhar na perspectiva do direito à saúde privilegiando o exercício do princípio da Integralidade, garantido constitucionalmente e na legislação complementar, e ancorado nos pilares da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, possibilita também uma inserção diferenciada do assistente social na área da saúde. Além disto, se almejamos contribuir para alcançar a consolidação plena do Projeto

Sanitário é fundamental enquanto categoria profissional, reafirmar um exercício pautado na teoria crítica.

A Integralidade, que além da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, possui outros significados, integra um debate nem sempre atento às bases da Reforma Sanitária. Frente às várias tendências teóricas que discutem a Integralidade, observamos a necessidade de recolocar as discussões nos trilhos da teoria marxista que inspirou a construção do Movimento Sanitarista. Enquanto à Integralidade são atribuídos os mais diversos significados a partir das mais diferentes concepções, é necessário ter discernimento a fim de identificar os elementos que não condizem com sua essência. Neste sentido, o Serviço Social pode dar sua contribuição, uma vez que tem na teoria crítica a fundamentação de seus princípios e parâmetros do exercício profissional, apesar de ainda hoje ter como desafio a busca da consolidação efetiva e unívoca de seu projeto ético-político.

## REFERÊNCIAS

ABAM (Associação Brasileira de Medicina Antroposófica). **O que é Medicina Antroposófica?** Disponível em: <http://www.medicinaantroposofica.com.br/04textos.html> em 06 nov 2007.

ABESS/ CEDEPSS. Proposta Básica para o Projeto de Formação Profissional. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*. N. 50. São Paulo: Cortez, 1996.

ACIOLI, S. Alguns dos Princípios da Educação Popular estão Incorporados pela Proposta da Educação Permanente. **Laboratório de Pesquisas Sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS)**. Disponível em: < <http://www.lappis.org.br> > em 02 set 2004.

ALMEIDA, E. S.; WESTPHAL, M. (org). **Gestão de Serviços de Saúde: descentralização/ municipalização do SUS**. 1. Ed. São Paulo: EDUSP, 2001.

ALVES, F. L.; GERBER, L. M. L.; MIOTO, R. C. T. **A Política de Humanização e o Serviço Social: elementos para o debate**. UFSC, 2006.

ANDRADE, L. O. M. de. **A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade**. 1. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

BARROCO, M. L. S. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. 5. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BIDLOWSKI, C. R. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! *In: Revista Saúde e Sociedade*. Faculdade de Saúde Pública da USP e Associação Paulista de Saúde Pública. São Paulo: v. 1, n. 1, jan - abr, 2004.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do Pensamento Marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

BRASIL. **Código de Ética do Assistente Social. Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão**. 3. Ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 1997.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 2001.

\_\_\_\_\_. **Programa de Saúde da Família.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.asp>> em: 07 jan 2004.

\_\_\_\_\_. **12ª Conferência Nacional de Saúde:** Conferência Sérgio Arouca: Brasília, 2003: Relatório Final/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNS.pdf>> em 16 mar 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC/SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/pnpic.pdf>> em 17 mar 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS.** DAB/Atenção Básica-Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha\\_entendendo\\_o\\_sus\\_2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf)> em 11 abr 2007.

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. *In:* BRAVO, M.I.S. *et al.* **Saúde e Serviço Social.** 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2006a.

\_\_\_\_\_. Política de Saúde no Brasil. *In:* MOTA, A. E; BRAVO, M.I. de S.; UCHÔA, R.; *et al.*, (orgs). **Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional.** São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, ABEPSS. Cortez, 2006b.

BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. *In:* CZARINA, D., FREITAS, C. M. de (org). **Promoção da Saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAMARGO Jr., K. R. Um Ensaio sobre a (In) Definição de Integralidade. *In:* PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Construção de Integralidade:** cotidianos, saberes e práticas em saúde. 1. Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

CAMPOS, G. W de S. **Reforma da Reforma: repensando a saúde.** 8. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

CARVALHO, D. M. de. Saúde e Democracia (Editorial). *In:* **Cadernos de Saúde Coletiva.** Universidade Federal do Rio de Janeiro. Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva. Rio de

Janeiro, 2002.

CARVALHO, S.R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudanças.** São Paulo: HUCITEC, 2005.

CECÍLIO, L. C. de O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. *In:* PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org). **Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde.** 1Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

CECCIM, R. B. Equipe de Saúde: a perspectiva entre - disciplinar na produção dos atos terapêuticos. *In:* PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** 2. Ed. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005.

CHUPEL, C.P. **O Acolhimento em Saúde para os Profissionais de Serviço Social: uma reflexão baseada no princípio da integralidade e sua relevância junto aos processos sócio-assistenciais.** Trabalho de conclusão de curso. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Determinantes Sociais da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (ORG). **Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional.** Brasília: CFESS, 2005.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. Lei nº 8080/90. *In:* Coletânea de Leis. CRESS 2ª Região. Maranhão, 1999-2002.

COSTA, A. M. Integralidade na Atenção e no Cuidado a Saúde. *In:* **Revista Saúde e Sociedade.** Faculdade de Saúde Pública da USP e Associação Paulista de Saúde Pública. São Paulo: v. 1, n. 1, set-dez, 2004.

CZARINA, D., FREITAS, C. M. de (org). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

EDITORIAL. **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo. Cortez. N. 84, novembro, 2005.

FERNANDES, F. **Ensaio de Sociologia Geral e Aplicada.** 2. Ed. São Paulo: Biblioteca

Pioneira de Ciências Sociais, 1971.

FEUERWERKER, L. O Profissional de Saúde Precisa Ser Capaz de Uma Abordagem Integral. **Laboratório de Pesquisas Sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS)**. Disponível em: < [http: www.lappis.org.br](http://www.lappis.org.br)> em 29 out 2004.

FLEURY, S. (org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FRIGOTTO, G. A Interdisciplinaridade como Necessidade e como Problema nas Ciências Sociais. *In*: JANTSCH, A. P., BIANCHETTI, L. (org). **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. Petrópolis: Vozes, 2000.

GUEDES, A. E. L. Da Integração de Programas à Integralidade de Ações de Saúde. *In*: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org). **Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. 1Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

HENRIQUES, R. L. M., ACIOLI S. A Expressão do Cuidado no Processo de Transformação Curricular da FENF-UERJ. *In*: PINHEIRO R., MATTOS R. A. de (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 1. Ed. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 10. Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

IANNI, O. **Dialética e Capitalismo**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1988.

JUNQUEIRA, L. A.P., INOJOSA, R. M. **Desenvolvimento Social e Intersetorialidade na Gestão Pública Municipal**. Disponível em: <[http: www.datasus.gov.br/FORTALEZA.htm](http://www.datasus.gov.br/FORTALEZA.htm)> em 25 out 2004.

KONDER, L. **O que é Dialética**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

KOPNIN, P.V. **A Dialética como Lógica e Teoria do Conhecimento**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM

SAÚDE (LAPPIS). **Política Brasileira de AIDS Nasceu Focada na Integralidade.** Disponível em: < <http://www.lappis.org.br> > em 02 set 2004.

\_\_\_\_\_. **EnsinaSUS: repercussões de suas perspectivas de ensino.** Disponível em: < <http://www.lappis.org.br> > em 18 jun 2007.

LACERDA, A., VALLA V. Homeopatia e Apoio Social: repensando as práticas de integralidade. *In:* PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Construção de Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde.** 1. Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

LÖWY, M. Prefácio. *In:* NETTO, J. P.; FALCÃO, M. do C. **Cotidiano: conhecimento e crítica.** 2. Ed. São Paulo: Cortez, 1989.

LOWY, M. **As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen.** Marxismo e positivismo na sociologia do conhecimento. 6. Ed. São Paulo: Cortez, 1998.

LUKÁCS, G. **Marxismo e Teoria da Literatura.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

\_\_\_\_\_. **Introdução a uma Estética Marxista.** 2. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1970.

\_\_\_\_\_. **Ontologia do Ser Social: os princípios ontológicos fundamentais de Marx.** São Paulo: Ciências Humanas, 1979.

\_\_\_\_\_. **História e Consciência de Classe.** São Paulo: Editora Martins Fontes, 2003.

LUZ, M. T. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde na Década de 80. *In:* GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (org) **Saúde e Sociedade no Brasil nos anos 80.** 1. Ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

\_\_\_\_\_. Políticas de Descentralização e Cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. *In:* PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org). **Os Sentidos da Integralidade:** na atenção e no cuidado à saúde. 1Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MALAGODI, E. **O que é Materialismo Dialético?** 1. Ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.

MARX, K. **Sociologia**. IANNI, O. (org.). 3. Ed. São Paulo: Ática, 1982.

\_\_\_\_\_. Prefácio da 1ª Edição. *In: O Capital*. Crítica da Economia Política. 16. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

\_\_\_\_\_. Posfácio da 2ª Edição. *In: O Capital*. Crítica da Economia Política. 16. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1986.

\_\_\_\_\_. Teses contra Feurbach. *In: Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, 1987.

\_\_\_\_\_. O Método da Economia Política. *In: Contribuição à Crítica da Economia Política*. 2. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

MATOS, M. C. de. O Debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*. N. 74. São Paulo: Cortez, julho de 2003.

MATTOS, R. A. de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. *In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org). Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde*. 1. Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

\_\_\_\_\_. Integralidade e a Formação de Políticas Específicas de Saúde. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org). Construção de Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde*. 1. Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde**. 2. Ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. **Revista Serviço Social e Sociedade n. 55**. São Paulo: Cortez, 1997.

\_\_\_\_\_. **As Ações Profissionais do Assistente Social na Atenção Básica da Saúde: contribuições para o debate sobre intersectorialidade e família na construção da integralidade**. Relatório de Pesquisa/UFSC, 2007.

\_\_\_\_\_. **Orientações durante a construção do trabalho**. UFSC, 2007a.

MONNERAT, G. L.; SENNA, M. De C. M.; SOUZA, R. G. de. Entre a Formulação e a

Implementação: uma análise do programa de saúde da família. *In: BRAVO, M. I. S., et al. Saúde e Serviço Social*. 2. Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

MONTAÑO, C. El Debate Metodológico de los 80/90. El Enfoque Ontológico Versus el Abordaje Epistemológico. *In: BORGIANAI, E., MONTAÑO, C. Metodología y Servicio Social: hoy el debate*. São Paulo: Cortez, 2000.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social – uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 1996.

\_\_\_\_\_. Razão, Ontologia e Práxis. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*. N. 44. São Paulo: Cortez, 1996.

\_\_\_\_\_. Para uma Crítica da Vida Cotidiana. *In: NETTO, J. P.; FALCÃO, M. do C. Cotidiano: conhecimento e crítica*. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 1989.

\_\_\_\_\_. O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*. N. 84. São Paulo: Cortez, 2005.

NOGUEIRA, V. M. R. A Importância da Equipe Interdisciplinar no Tratamento de Qualidade na Área da Saúde. *Revista Katálysis n.3*. Florianópolis: EDUFSC, 1998.

\_\_\_\_\_. **O Direito à Saúde na Reforma do Estado Brasileiro: construindo uma nova agenda**. Florianópolis, 2002. 343f. Tese Doutorado – Universidade Federal de Santa Catarina.

\_\_\_\_\_. Competências e atribuições dos assistentes sociais nos diferentes níveis de atenção à saúde e a concretização dos princípios do SUS e do Projeto ético-político do Serviço Social. *In: Seminário Serviço Social: interfaces com a saúde*. UFSC, 07/07/2006.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R.C.T. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. *In: MOTA, A. E; BRAVO, M.I. de S.; UCHÔA, R.; et al., (orgs). Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, ABEPSS. Cortez, 2006.

NOTAS EM AULA. **Disciplina SSO 4001- Pensamento Social Moderno e Contemporâneo**. Professora Dra. Ivete Simionatto. Semestre 2006.1.

NUNES, E. D. A Questão da Interdisciplinaridade no Estudo da Saúde Coletiva e o Papel da Ciências Sociais. *In: CANESQUI, A.M. (org). Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na*

**Saúde Coletiva.** São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC, 1995.

OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN, L.; MARINS, J. J. N. A Busca da Integralidade nas Práticas de Saúde e a Diversificação dos Cenários de Aprendizagem. O Direcionamento do Curso de Medicina da UFF. *In:* PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** 2. Ed. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2005.

O SUS pra Valer: universal, humanizado e de qualidade. Documento elaborado pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. *In:* **Revista RADIS.** Rio de Janeiro. FIOCRUZ/ENSP. N.49, setembro, 2006.

PAIM, J. S. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil:** problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

PINHEIRO, R. Experiências Inovadoras no Ensino da Saúde. **Revista RADIS.** Rio de Janeiro. FIOCRUZ/ENSP. N.49, setembro, 2006.

PONTES, N. R. O Trabalho do Assistente Social e as Políticas Sociais. *In:* **Capacitação em Serviço Social e Políticas Sociais.** Brasília: UNB, CEAD, 2000.

\_\_\_\_\_. **Mediação e Serviço Social.** 4. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PRADO JÚNIOR, C. Teoria Marxista do Conhecimento e Método Dialético Materialista. *In:* **Editora Supervirtual.** Disponível em: <[http: www.supervirtual.com.br](http://www.supervirtual.com.br)> em 09 ago 2006.

REVISTA RADIS. Rio de Janeiro. FIOCRUZ/ENSP. N. 45, maio, 2006.

REVISTA RADIS. Rio de Janeiro. FIOCRUZ/ENSP. N.49, setembro, 2006.

ROSA, F.N. **Interdisciplinaridade: marcos referenciais para o debate no Serviço Social.** Trabalho de conclusão de curso. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007.

SANTOS, L. Experiências Inovadoras no Ensino da Saúde. **Revista RADIS.** Rio de Janeiro. FIOCRUZ/ENSP. N.49, setembro, 2006.

SCHEMES, P.F. **A Integralidade como Princípio Doutrinário do SUS:** retomando a discussão e centralizando o debate na prática cotidiana da intervenção profissional.

Florianópolis. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

SCHRAIBER, L. B. Desafios Atuais da Integralidade em Saúde. *In: Jornal da Rede Feminista de Saúde* n. 17, 1999. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/jornal>> em 18 out 2004.

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: FORMAÇÃO E TRABALHO PROFISSIONAL. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** Florianópolis: ABEPSS, 2006. CD-ROM.

SILVA Jr.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C DE. Refletindo sobre o ato de cuidar em saúde. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.) Construção de Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde.* 1. Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

TEIXEIRA, M.J.O.; NUNES, S. T. A Interdisciplinaridade no Programa de Saúde da Família: uma utopia? *In: BRAVO, M. I. S., et al. Saúde e Serviço Social.* 2. Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

TEIXEIRA, R.R. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* 2. Ed. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: ABRASCO, 2004.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. As Práticas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Propostas para Aliviar o Sofrimento. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.) Cuidado: as fronteiras da integralidade.* 2. Ed. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2005.

VASCONCELOS. A. M. de. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. *In: MOTA, A. E; BRAVO, M.I. de S.; UCHÔA, R.; et al., (orgs). Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional.* São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, ABEPSS. Editora Cortez, 2006.