

Integralidade: Algumas Reflexões

Comprehensiveness: Some Reflections

Inajara Carla Oliveira¹
Luiz Roberto Agea Cutolo^{II}

PALAVRAS-CHAVE

- Integralidade em Saúde.
- Educação Médica.
- Sistema Único de Saúde.
- Saúde Coletiva.

RESUMO

A integralidade pode ser considerada um dos temas mais recorrentes nas discussões acerca da formação profissional em saúde, especialmente na área médica. Entretanto, mesmo frente a estes movimentos, observam-se controvérsias sobre o termo devido a seu caráter polissêmico. Desta forma, tem-se como objetivo deste estudo a discussão dos sentidos da integralidade tendo por base um resgate bibliográfico na literatura existente, suscitando reflexões de cunho epistemológico, hermenêutico e prático no contexto da formação em saúde. Parte-se da compreensão de que a integralidade traz em si a percepção da complexidade de nossos objetos. Objetos complexos exigem olhares plurais. Dicotomias vinculadas ao modo de pensar moderno, por consequência, devem ser sistematicamente abandonadas. Fala-se de integralidade como superação de dicotomias clássicas no âmbito da saúde: indivíduo e coletivo; saúde e doença; corpo e mente; clínica e saúde pública; teoria e prática. Ou seja, na perspectiva da integralidade, considera-se a saúde como o resultado de aspectos múltiplos da vida de um indivíduo, que não pode ser reduzido a meras díades conceituais, ou mesmo, de relação causa-efeito. Esta ideia fundamenta-se no fato de que, a partir da integralidade, quando se fala de saúde, ela nunca estará alienada da complexidade da vida de sujeitos e de suas contingências. Já a integralidade enquanto articulação de políticas públicas sociais e econômicas baseadas na determinação social do processo saúde-doença em nosso contexto, além de desejável, torna-se fundamental. Porém, é preciso reconhecer que, por se tratar de uma visão contra-hegemônica, sofrerá resistências, e talvez seja esta característica que permita a existência da ideia de integralidade como uma prática utópica. Assim, a integralidade se expressa como uma imagem-objetivo e, mais do que isso, se apresenta como orientadora e guia das ações em saúde, sobretudo como um processo contínuo de lutas e buscas por transformações de nossa sociedade.

¹ Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, Santa Catarina, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

KEY-WORDS

- Integrality in Health.
- Education Medical.
- Unified Health System.
- Public Health.

ABSTRACT

Comprehensiveness can be considered as one of the most recurrent themes in the discussions about professional training in health, especially in the medical field. However, even in the face of these movements, we can observe confusion about the term, due to its polysemic character. Thus, the purpose of this study is to discuss the meanings of comprehensiveness based on a bibliographical retrieval in the existing literature, provoking epistemological, hermeneutic and practical reflections in the context of health education. It starts from the understanding that wholeness brings with it the perception of the complexity of our objects. Complex objects require plural looks. Dichotomies linked to the modern way of thinking, therefore, must be systematically abandoned. There is talk of Comprehensiveness as an overcoming of classical dichotomies in health. Overcoming dichotomies: 1. Individual and Collective; 2. Health and Disease; 3. Body and Mind; 4. Clinic and Public Health; 5. Theory and Practice. In other words, from the perspective of Comprehensiveness, health is considered as the result of multiple aspects of an individual's life, and cannot be reduced to mere conceptual dyads, or even cause-and-effect relationships. This idea is based on the fact that from wholeness, when one speaks of health, it will never be alienated from the complexity of the life of subjects and their contingencies. On the other hand, completeness as the articulation of social and economic public policies based on the social Determination of the health-disease process in our context, besides being desirable, becomes fundamental. However, it must be recognized that because it is a counter-hegemonic view, it will suffer resistance, and perhaps it is this characteristic that allows the existence of the idea of Comprehensiveness as a utopian practice. Thus, comprehensiveness is expressed as an objective image, and more than that, it presents itself as guiding and guiding action in health, above all, as a continuous process of struggles and searches for transformations of our society.

Recebido em: 13/2/2018

Aceito em: 4/4/2018

O QUE NÃO É INTEGRALIDADE?

Falar sobre integralidade desperta sentimentos contraditórios. O primeiro está ligado à dificuldade de estabelecer um conceito, uma definição, por se tratar de um termo polissêmico. Outro se origina da potencialidade dessa categoria da saúde exatamente por apresentar vários sentidos e, assim, não poder ser encerrada em categorizações breves, superficiais.

Vamos começar pelo dicionário, apenas para apreciar como o léxico encara a palavra, para depois entender como ela foi apropriada pelo universo da Saúde Coletiva. Ao consultarmos o dicionário Houaiss¹, encontramos as seguintes definições: 1. Qualidade do que é integral, 2. Reunião de todas as partes que constituem o todo, 3. Totalidade, 4. Completude.

É compreensível que assim seja descrita em dicionário, mas, quando nos apropriamos da palavra na Saúde Coletiva, percebemos que os significados não se aplicam a seres éticos e sociais. Dizemos isto com base na epistemologia. Não existe totalidade ou completude perceptível aos olhos da relação cognitiva sujeito-objeto. Por mais que eu me aproxime dos aportes, das necessidades do outro, jamais o entenderia em sua totalidade. Totalidade não é algo “alcançável” ao olhar

epistemológico. Fleck² nos diria que podemos chegar à experiência máxima que a produção do conhecimento permite diante de um enfrentamento a partir das demandas desse sujeito ético, humano. A experiência máxima tem como critério a história. Portanto, vai mudar, uma vez que se trata da história de um sujeito complexo, que, por sua vez, é dinâmica. O que queremos dizer é que, por mais complexo que seja o nosso olhar, jamais vamos entender o outro em sua plenitude, completude, totalidade.

Então, antes de tudo, podemos afirmar que, não sendo totalidade, integralidade é processo, não é produto; integralidade é meio, não é fim; integralidade é caminho, não é chegada. Embora a compreensão de que integralidade não possa ser definida como totalidade, é comum depararmos com este sentido na academia, pois este se traduz em respostas automáticas (tanto de discentes como de docentes), as quais podem ser caracterizadas como um jargão, pois se resumem a: “integralidade é ver o indivíduo como um todo”. Vale referir que alguns críticos utilizam esta associação (integralidade como sinônimo de totalidade) para creditá-la como uma abstração, impossível de alcançar. Se assim a entendermos, teremos de

conferir razão aos críticos, pois, como dito anteriormente, o olhar da epistemologia nos garante que a totalidade não é alcançável. Portanto, é imprescindível desmistificar tal entendimento, uma vez que, além da incompatibilidade e superficialidade do sentido, este acaba por banalizar o termo, limitando, assim, sua potência.

Quanto à definição “reunião de partes que constituem o todo”, a visão cartesiana de que para entender os sujeitos devemos tomar-lhes as partes tem se mostrado sistematicamente reducionista. Esta visão cartesiana, também conhecida como pensamento científico moderno, influenciou as ciências, principalmente a saúde. Esta racionalidade caracteriza-se pela fragmentação tanto da natureza (objeto) como do próprio sujeito de conhecimento: o homem. Nela, o homem é dividido em partes, sendo a razão (considerada superior) separada dos sentimentos e sentidos³. Entretanto, é importante considerar que as condições da existência humana refutam essa visão secular. Não há qualquer possibilidade de investigação de algo de essência humana a partir de um desmembramento que permita um olhar vertical, para depois tomá-lo em acréscimos para entendê-lo em todo o seu espectro horizontal. Portanto, em Saúde Coletiva sabemos o que não é integralidade, não o que é. Integralidade não é a soma das partes. Integralidade não é totalidade.

Vamos agora à língua inglesa. Em que fonte bebemos? Vamos tentar a palavra *integrality*, que pode ser traduzida como: “estado de ser integral e completo”. Mesmo caso da língua portuguesa. Esse sentido não nos interessa. Uma expressão correntemente usada na língua inglesa que tem sido traduzida como integralidade é *comprehensiveness*, na Saúde Coletiva *comprehensiveness care*. No dicionário, “habilidade de compreender um amplo aspecto de determinado objeto”. Há uma grande diferença entre “ver o indivíduo como um todo” e “compreender um amplo aspecto do sujeito”, pois neste último não nos comprometemos com a totalidade.

Uma pesquisa realizada em 2015⁴ com formandos da área da saúde (cursos de Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia e Nutrição) sobre suas percepções acerca da integralidade evidenciou que dois dos nove sentidos atribuídos pelos sujeitos participantes foram da integralidade enquanto visão biopsi-cossocial e holística. Estes sentidos referem-se à compreensão dos sujeitos enquanto seres sociais, biológicos, familiares e emocionais, requerendo, assim, uma visão ampliada dos profissionais que os atendem, como também uma recusa da visão cartesiana, fragmentada e reducionista. Neste sentido, se se considerar o usuário como um portador de necessidade/fragmento, como um objeto, como parte de um corpo sem subjetividade, sem intenções, sem desejos, ao olhar dos núcleos pro-

fissionais ele será mais partido ainda, pois se torna objeto para produção de um ato de saúde reduzido a um procedimento⁵. Assim, mesmo que se somem todos os olhares envolvidos, eles não darão conta do vazamento que as lógicas que habitam a produção do cuidado contêm. É seguindo este raciocínio que afirmamos que a soma das partes não pode constituir o todo (sem fazer referência à discussão acima acerca da totalidade sob o olhar da epistemologia).

A INTEGRALIDADE E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Até o momento, falamos de duas visões distintas. Ao pensar nestas visões, é inevitável não falarmos sobre formação acadêmica, principalmente quando a integralidade também é considerada como superação de um modelo de ensino pautado numa visão estritamente biológica. Sobre este aspecto, a integralidade se apresenta como eixo norteador da formação profissional, na tentativa de romper com o modelo tradicional de formação, tendo como foco o ensino em saúde próximo das necessidades sócio-históricas da população⁶. Pelo menos aqui temos uma aproximação mais realista que poderia ser entendida como um dos sentidos da integralidade, mas não a potência dos sentidos da categoria. Isso mesmo, sentidos. Integralidade não se define, não se conceitua; ela tem sentidos, sentidos múltiplos.

Agora vamos buscar, na história do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, como a integralidade foi inicialmente tratada. A VIII Conferência Nacional de Saúde, marco do movimento, traz a seguinte indicação: “[...] integralização das ações, **superando a dicotomia preventivo-curativo**”. Parece que assim tudo começou⁷. A palavra integralidade não aparece no relatório final, mas essa aproximação, “integralização das ações”, ganhou corpo como um dos sentidos preliminares desta categoria.

Na Constituição Federal, artigo 198, pode-se ler: “[...] atendimento integral, com prioridade para ações preventivas, sem prejuízo para ações assistenciais”⁸. Mais uma vez, se insinuava o sentido que mais tarde poderia ser entendido como ações integradas da saúde (promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação). Este sentido pode ser considerado o mais pragmático, por articular as ações de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação frente a uma necessidade de saúde⁴. Ele se relaciona com outros sentidos, que serão discutidos a seguir.

No contexto histórico, a integralidade “bebeu em duas fontes”, as da Medicina Integral e da Medicina Preventiva. A Medicina Integral foi formulada com base em pressupostos que se negavam a fragmentar a medicina⁹. O movimento

criticava a forma reducionista médica de ver o indivíduo e creditava ao modelo flexneriano de ensino médico a gênese dessa fragmentação, pois esse modelo enfatiza que o estudo da medicina deve centrar-se na doença de forma individual e concreta. Entende-se por modelo flexneriano o ensino médico fundamentado pelo relatório escrito por Abraham Flexner em 1910, para reforma da educação das escolas de Medicina dos Estados Unidos da América e do Canadá, o qual trouxe implicações para a prática médica mundial.

Quanto à Medicina Preventiva, é a base do texto constitucional e do relatório da VIII CNS. Não se esperava que a Promoção da Saúde enquanto categoria positiva da SC estivesse em pauta. Embora Leavell e Clark¹⁰ tenham usado a expressão no início da década de 1960, ela ainda não tinha o sentido que a Saúde Coletiva brasileira desenvolveu, colocando a determinação social do processo saúde-doença como sua base teórica.

Autores¹¹ incluem a Promoção de Saúde na prestação de serviços e ações. Reforçam, ainda, que as **diversas dimensões do processo saúde-doença** devem ser consideradas na compreensão da integralidade. A ampliação consequente a essa concepção pode ser sentida na inclusão de **ações vinculadas às políticas econômicas e sociais** “no sentido de atuar sobre os determinantes do processo saúde-doença e garantir as condições satisfatórias de saúde da população”¹².

Poderíamos, sob a ótica política ampla, ir além, pensamos. Sem deixar de reconhecer a importância prática dos “determinantes”, sugerimos que a lógica da determinação social do processo saúde-doença deva ser amplamente considerada. Não há determinantes, o que preferimos chamar de condicionantes, que não sejam submetidos hierarquicamente à determinação social. Distribuição de renda, justiça social, redução das iniquidades se fazem com política, não com ações multistratégicas sanitárias. Não é possível efetivar qualquer uma das categorias descritas em Estado neoliberal. Assim, o neoliberalismo pode ser compreendido como promotor de defesa do Estado mínimo e privação de direitos, uma vez que visualiza o Estado como culpado pela crise porque gastou mais do que poderia para tentar legitimar-se perante a sociedade e atender as demandas da população por meio de políticas sociais.

Nesta perspectiva, pode-se dizer que há no Brasil um novo pensamento sobre o social, coletivo, gerado por uma nova forma de governo, que se justifica pelo neoliberalismo. Tanto as políticas quanto as reformas em saúde são influenciadas pela racionalidade e busca pelo instrumentalismo tão apreciado e vivido pela sociedade norte-americana. Borges¹⁴, em sua tese, refere que a premissa de que sistemas públicos são insolventes constitui um mito neoliberal para justificar a manutenção e a ampliação do mercado para as administrado-

ras transnacionais de seguros privados. Se os sistemas de saúde que se sedimentam na lógica do mercado privado fossem realmente mais eficientes, sua instituição na América Latina, influenciada pelo Banco Mundial e pelas políticas econômicas, teria garantido acesso universal, integral e igualitário. Na realidade, as evidências mostram que os países que seguiram reformas neoliberais não atingiram o objetivo de universalizar a saúde, trazendo inclusive grandes déficits orçamentários. O que leva a concluir que privatizar o SUS significa subordinar o direito à saúde de todos os brasileiros aos interesses do sistema financeiro internacional¹⁴.

Neste contexto, vale considerar que, apesar da ofensiva liberal, cresce em todo o mundo a convicção de que saúde e negócios não combinam, aumentando a certeza de que saúde é um direito universal. E percebe-se que, para que esse direito se cumpra, é necessário o planejamento e a gestão de sistemas públicos¹⁵. No contexto brasileiro, encontram-se movimentos que buscam consciência crítica, uma sociedade justa e solidária, com diminuição das desigualdades sociais. Neste movimento crítico, encontra-se a integralidade em busca da liberdade de escolhas garantida pela equidade, da corresponsabilização e da vivência do direito, que sai do escopo teórico da Constituição para a prática, fomentada pela reforma sanitária brasileira.

A INTEGRALIDADE E SEUS SENTIDOS PRIMORDIAIS

Formalmente, poderíamos dizer que, no âmbito do Direito Sanitário, integralidade é um direito de cidadania previsto na Constituição. Muito mais que isso, talvez num exercício de síntese extrema, se pudesse dizer que integralidade é **o reconhecimento e ação sobre a necessidade do sujeito**. O que o sujeito que procura os serviços de saúde precisa? Qual a sua demanda? A dimensão dessa qualidade de entendimento, das necessidades de sujeitos coletivos, se vincula ao conceito de Clínica Ampliada¹³. Esse sujeito pode ter uma “unha encravada” que lhe causa dor e necessita uma cantoplastia. Outro está com sofrimento anímico, vivenciando uma perda, luto ou divórcio. Uma jovem de 13 anos pode estar grávida. Uma criança recém-nascida vai à unidade receber a vacina BCG. Cada qual tem uma necessidade, cada qual está na unidade buscando algo. Desta forma, este sentido requer sempre o questionamento: qual é a necessidade deste sujeito? Este questionamento, quando incorporado à prática em saúde, produz integralidade, pois, diferentemente da totalidade, não se tem a ilusão de responder ao TODO, mas, sim, apenas reconhecer a necessidade apresentada pelo sujeito, que pode e vai se modificar com a própria dinâmica da vida. Olhar para essas necessidades, entendê-las, inferir sobre seus aportes constitui o sentido primordial da integralidade.

Mais que isso, além do reconhecimento, se engendra um outro sentido de integralidade, que é **resposta à necessidade do sujeito**. Este sentido se enquadra como um valor que se expressa na forma como o profissional de saúde responde aos pacientes que o procuram⁴. Essas respostas são variáveis: pode ser a cantoplastia; pode ser o acesso ao fisioterapeuta e ao fonoaudiólogo quando o usuário com seqüela de AVC está hemiparético e afásico; podem ser ações multiestratégicas quando o problema for um território com grande prevalência de gravidez indesejada na adolescência. Ou seja, reconhecer para intervir. A resposta dispensada em função do reconhecimento da necessidade do sujeito é, sem dúvida, uma prática de saúde de qualidade e eficiente, uma vez que não está descontextualizada da realidade apresentada pelo sujeito.

Além disso, a resposta à necessidade do sujeito pode estar vinculada, como vimos, ao **cuidado interdisciplinar**. A integralidade se expressa em relações cooperativas interdisciplinares preferencialmente, não queremos dizer multidisciplinares, nem pluridisciplinares¹⁶. Interdisciplinaridade vem acompanhada de aumento da resolubilidade, o que beneficia o cidadão que busca os serviços de saúde. Interdisciplinaridade aumenta a eficiência dos serviços, otimizando o processo de trabalho. Interdisciplinaridade produz conhecimento entre os pares do trabalho em equipe, a partir do entendimento de que distintos saberes contribuem para uma ação conjunta na área da saúde.

Como saúde não se faz apenas com o setor saúde, poderíamos extrapolar o conceito interdisciplinar para o intersetorial. **Cuidado intersetorial**, portanto, é outro sentido possível de integralidade. Uma visão ampliada de saúde não pode ficar à margem da educação, da agricultura, de ONGs, associações específicas de portadores de determinadas doenças, por exemplo. Essas relações são fundamentais para um cuidado mais abrangente. Portanto, é necessário desconstruir a compreensão de saúde como ausência de doença.

Mattos⁹ traz um sentido de integralidade de grande importância prática, como **boa prática clínica**. Uma prática clínica baseada nas melhores evidências científicas, pautada nas necessidades do sujeito, faz parte do escopo desse sentido. Incluem-se pressupostos de racionalização das tomadas de decisão, não intervir quando não é necessário, escolher a intervenção singularizada, cooperada com outros profissionais e, sobretudo, negociada com os sujeitos, sem abrir mão da ontologia das doenças. Uma boa prática clínica requer conhecimentos sobre a doença, sobre os aspectos biológicos, mas, como visto, não pode se limitar a este tipo de prática, caso em que a integralidade não estará presente.

Outro sentido de integralidade relaciona-se à organização e integração dos serviços para que as necessidades dos

sujeitos, além de identificadas, sejam sanadas. Assim, a integralidade envolve a atuação dos gestores em organizar os serviços e estabelecer a articulação integral entre as redes de serviços de saúde para prestação do cuidado aos usuários¹⁷. Neste aspecto, podemos incluir os profissionais de saúde, que, ao organizarem seus processos de trabalho, devem levar em consideração a integralidade.

Integralidade, antes de tudo, pode partir de conceitos mais amplos, como **concepção de mundo, concepção de sujeito, concepção de saúde**. Essas percepções estão intrinsecamente vinculadas. A percepção a-histórica de mundo nos leva a uma visão naturalizada de sujeito, que remete a uma visão estritamente biologizada de doença. É, no mínimo, curioso pensar a noção de **humanização**, categoria frequentemente criticada com a frase-pergunta, “lugar-comum”: humanizar o que já é humano? O que diferencia o homem dos animais é a construção histórica, é a construção da própria história, é a sociedade que se transforma. O que seria, então, desumanizar? Uma resposta possível: naturalizar o homem, tirá-lo de seu contexto histórico e social, como ser pensante e ético leva à sua biologização. Consequentemente, seus processos de adoecimento se tornam, segundo essa visão, processos biológicos, que passam a exigir intervenção da mesma natureza.

Isto posto, entramos agora num outro sentido de integralidade, o do **cuidado humanizado**. Pelo descrito anteriormente, fica claro que acolher, humanizar não significa “estender um tapete vermelho” e chamar de “querido”. Começa pelo reconhecimento do sujeito, chamando-o pelo nome, até reconhecê-lo em sua dimensão biográfica, ética, familiar e social. Para clarear a ideia, tomemos como exemplo o caso de uma mulher de 53 anos que acorda às 5h30 da manhã para entrar numa fila em frente a uma Unidade Básica de Saúde a fim de conseguir uma consulta médica. Ela caminha até a UBS e se depara com 20 pessoas já à espera e, como sabe que são destinadas 20 vagas para atendimento no dia, entende que devido a seu “atraso” ficará sem atendimento. Por mais que esta mulher seja bem recepcionada pelos profissionais de saúde do serviço, este tipo de organização da agenda não pode ser considerado uma prática de cuidado humanizado, muito menos integral. Nesta perspectiva, a humanização significa devolver-lhe o que lhe é inerente, a característica de ser vista como “ser histórico” com necessidades, sonhos, frustrações, e inevitavelmente requer empatia, uma atitude simples de colocar-se no lugar do outro.

Nossa realidade atual evidencia atitudes e ações em saúde fragmentadas como a descrita anteriormente, e a humanização, ou o cuidado humanizado, surge como uma resposta para superar esta realidade. Entretanto, é importante considerar a

humanização como intrínseca à integralidade, pois esta parte de uma concepção de mundo, de uma concepção ampliada do processo de saúde e adoecimento, e, assim, produz práticas ditas humanizadas¹⁸. Noutras palavras, se um profissional de saúde tem uma visão ampliada do processo saúde-doença, necessariamente produzirá práticas humanizadas. Nesta lógica, retoma-se a integralidade como um processo construído no cotidiano e o cuidado humanizado como um produto gerado neste e pelo processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Integralidade traz em si a percepção da complexidade de nossos objetos. Objetos complexos exigem olhares plurais. Dicotomias vinculadas ao modo de pensar moderno, por consequência, devem ser sistematicamente abandonadas. Estamos falando de integralidade como superação de dicotomias clássicas no âmbito da saúde: indivíduo e coletivo; saúde e doença; corpo e mente; clínica e saúde pública; teoria e prática. Ou seja, na perspectiva da integralidade, considera-se a saúde como o resultado de aspectos múltiplos da vida de um indivíduo, que não pode ser reduzido a meras díades conceituais, ou mesmo, de relação causa-efeito. Esta ideia se fundamenta no fato de que, a partir da integralidade, quando falamos de saúde, ela nunca estará alienada da complexidade da vida de sujeitos e de suas contingências.

Portanto, compreendemos que a integralidade na Saúde Coletiva apresenta vários sentidos, e alguns deles foram discutidos e desmistificados. Alguns autores¹⁹ corroboram esta afirmação ao enfatizarem que, no âmbito da Saúde Coletiva, a integralidade compreende uma pluralidade de concepções, ações e atitudes, e sintetiza suas características principais. Os autores sublinham ainda que tais ações e atitudes devem ter um olhar ampliado para o sujeito-usuário, segundo uma lógica de atenção que considere suas dimensões, idealizadas e vivenciadas cotidianamente no terreno prático da assistência à saúde.

Enfim, gostaríamos de retomar algo dito anteriormente e que pode ter passado despercebido: integralidade como articulação de políticas públicas sociais e econômicas de intervenção na determinação social do processo saúde-doença. Esse sentido é fundamental para se compreender a dimensão política da integralidade, que, por sua vez, requer o entendimento das políticas sociais e formas de governos instituídas e vivenciadas em nossa sociedade.

Num contexto em que as políticas se tornaram mercadoria e oportunidade de lucro, ou seja, a educação e a saúde tornaram-se um bem (sujeitas às estratégias do mercado), é preciso refletir sobre as formas como o neoliberalismo opera,

bem como acompanhar e examinar aquelas já estabelecidas na sociedade (em nosso caso, a sociedade brasileira), além de pensá-lo como um conjunto de práticas e doutrinas de um processo desigual e progressivo, totalmente diferente da proposta de políticas públicas sociais e econômicas baseadas na integralidade²⁰. Isto significa dizer que a integralidade, enquanto articulação de políticas públicas sociais e econômicas baseadas na determinação social do processo saúde-doença em nosso contexto, além de desejável, torna-se fundamental. Porém, é preciso reconhecer que, por se tratar de uma visão contra-hegemônica, sofrerá resistências, e talvez seja esta característica que permita a existência da ideia de integralidade como uma prática utópica.

É interessante tratar disso, pois, em nossa experiência docente, quando em aula falamos sobre a integralidade, por várias vezes (quem sabe até inúmeras), ouvimos dos alunos a seguinte expressão: "Muito legal isso tudo aí, mas é muito utópico!", utilizando a utopia como sinônimo de algo impossível de concretizar. Todavia, a utopia não apresenta este sentido, e, mesmo que assim fosse entendida, vimos que a integralidade, em seus vários sentidos, se constitui em práticas realizáveis.

Bom, se a palavra utopia não apresenta este significado, o que realmente significa? Um filósofo brasileiro que apresenta uma clara exposição acerca deste termo é Mário Sérgio Cortella, que, em suas palestras, afirma que a mesma foi descrita por Thomas Morus com outro sentido que não este disseminado. Enfatiza que TOPOS (derivado de topia) significa lugar, e U significa negação para tempo e não lugar, resultando em utopia como: "ainda não". Ele ainda relaciona a palavra utopia ao termo que Paulo Freire utilizava, inédito viável, ou seja, aquilo que ainda não é, mas pode ser. Ao considerar estas afirmações, segundo esta compreensão de utopia, poderíamos sim relacioná-la à integralidade, pois sabemos que, embora ela se expresse de maneira prática, não a temos consolidada; então, a integralidade pode ser considerada como um "ainda não". Uma tentativa de extrapolar esta compreensão pode ser feita a partir da seguinte reflexão de Eduardo Galeano sobre a utopia: "A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar".

Assim, a integralidade se expressa como uma imagem-objetivo²¹ e, mais do que isso, se apresenta como orientadora e guia das ações em saúde, sobretudo como um processo contínuo de lutas e buscas por transformações de nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Houaiss A, Villar M de S, Fraco FM de M. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009. 1986p.
2. Fleck L. La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Madrid: Alianza, 1986.
3. Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, org. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: Abrasco, 2003. p.7-34
4. Oliveira IC, Cutolo LRA. Percepção dos Alunos dos Cursos de Graduação na Saúde sobre Integralidade. Rev Bras Educ Med 2015; 39 (2), 208-217.
5. Mehry EE. Engravitando as palavras: o caso da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, org. Construção social da demanda. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ Abrasco, 2005.
6. Oliveira IC, Balard CR, Cutolo LRA. Formação profissional em saúde: integralidade em perspectiva. Saude Transf Soc 2013; 4 (1) 69-72.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.
8. BRASIL, Constituição Federal de 1988.
9. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, org. Os sentidos da integralidade na Atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: Abrasco, 2001.
10. Leavell HR, Clark E. Medicina Preventiva. SP, McGraw-Hill do Brasil, RJ FENAME, 1978.
11. Vasconcelos CM de, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS *et al*, org. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2007.
12. Noronha JC de, Lima LD de, Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovannella L et al, org. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2 ed. Rev. e amp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 440.
13. Cunha GT. A clínica ampliada na atenção primária. São Paulo: Hucitec; 2005.
14. Borges FT. Desafios e perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS) diante do neoliberalismo. 2012 Universidade Estadual Paulista, 182f. Tese.
15. Campos GWS. O público e o privado na saúde brasileira. Le Monde Diplomatique Brasil, 2008; 8.
16. Cutolo LRA. Bases epistemológicas da interdisciplinaridade. In: Saube R, Wendhausen ALP, org. Interdisciplinaridade e saúde. 1 ed. Itajaí: UNIVALI, 2007.
17. Silva FCS. O princípio da integralidade e os desafios de sua aplicação em saúde coletiva. Revista Saúde e Desenvolvimento 2015; 7(4) 94-10.
18. Oliveira IC, Cutolo, LRA. Humanização como expressão de integralidade. Rev. O Mundo Saúde 2012; 36 (3) 502-506.
19. Viegas SM da F, Penna CM de M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. Interface Botucatu 2015; 19 (55) 1089-1100.
20. Ball SJ. Dinheiro, significado e conexões políticas. In: Ball SJ, org. Educação global S.A.: novas redes políticas e o imaginário neoliberal. Routledge, Ponta Grossa: UEPG, 2014.
21. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública 2004; 20(5) 1411-1416.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Texto elaborado por ambos os pesquisadores.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua Concórdia, n. 561, Itajaí- SC. CEP 88309-645



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.