

Integralidade não é um termo vazio. É instrumento de uma luta social e política por um sistema mais justo que tem defendido que as práticas de saúde não reduzam o paciente à categoria de objeto.

A resposta brasileira à AIDS não é um processo apenas de técnicos, é o resultado da luta do movimento social organizado aliada aos técnicos que defenderam o princípio do SUS para lidar com a epidemia de uma maneira abrangente.

“É fundamental saber que você está lidando com um indivíduo e não com uma doença. O desafio que vamos enfrentar agora é o de uma integração muito maior com os profissionais de outras disciplinas para atender às necessidades da pessoa a qual vamos coordenar a assistência. O clínico que trata do portador da infecção por HIV, e que é sua referência, tem que saber buscar a opinião de outros colegas. Mas para perceber as necessidades, ele tem que ouvir esse paciente.

É uma questão de como o médico valoriza o conhecimento dos outros. Se acha que só ele sabe e o resto é um apêndice, não colabora em nada, uma vez que não vai perceber também as necessidades do paciente. A postura dele com o paciente não vai ser diferente da postura com os outros colegas. É muito difícil um serviço que tem esse tipo de prática realmente proporcionar ao paciente uma assistência integral”.

Valdiléia Veloso (Coord. Est.DST/AIDS-RJ)

“Integralidade seria qualquer relação, seja médico-paciente ou não, que funcione como um espaço de encontro entre razão, técnica e emoção. E aí você tem que necessariamente incluir um certo padrão de ética, a afetividade que é emoção e uma certa estética no sentido de estimular a autonomia e a liberdade das pessoas colocarem suas questões. Essa tríade é fundamental até mesmo porque auxilia o aprendizado. É um tipo de saber que é uma prática cotidiana.

Outra coisa que influi na relação profissional e paciente é a interdisciplinaridade que advoga a solidariedade do conhecimento, a preocupação em saber em que posso contribuir com o meu conhecimento para escutar melhor o outro e ajudar a resolver o seu problema. Não adianta só garantir o acesso; a pessoa pode chegar ao serviço e não ter integralidade”.

Roseni Pinheiro (IMS/UERJ)

AVANÇOS E DIFICULDADES DE UMA QUESTÃO DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL, PROFISSIONAL E GOVERNAMENTAL

A luta pelo acesso ao tratamento da AIDS talvez tenha sido uma das primeiras experiências no Brasil que estimularam a inclusão da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado na Constituição Brasileira. A mobilização e o controle social promovidos pelas organizações e pelas pessoas que estavam militando no campo da AIDS ajudaram, juntamente com o que já tinha sido feito em termos de reforma sanitária no momento em que a epidemia começou a crescer no País, na luta por uma assistência e por direitos à saúde da população.

É necessário olhar para trás para perceber o quanto foi feito até agora e não desanimar, a ponto de achar que é melhor desistir do Sistema Único de Saúde (SUS) e partir para uma outra proposta. O tratamento e a assistência antes da criação do SUS eram muito mais limitados e precários. É verdade que ainda há dificuldades, mas estamos avançando.

A questão da AIDS no sistema de saúde brasileiro pode ser separada em etapas. A primeira remete ao tempo em que o direito à assistência ainda era bastante limitado e não reconhecido amplamente. A segunda etapa foi marcada pelo início da disponibilidade dos anti-retrovirais, resultado de um longo trabalho desenvolvido previamente.

É importante lembrar que a terapia anti-retroviral potente, que tanto impacto tem causado na qualidade de vida e na sobrevida dos portadores da infecção por HIV, passou a estar

A luta pelo acesso ao tratamento da AIDS talvez tenha sido uma das primeiras experiências no Brasil que estimularam a inclusão da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado na Constituição Brasileira.

disponível em 1996 no mundo todo, e já no final desse mesmo ano o Brasil oferecia a distribuição dessa terapia combinada de medicamentos na rede pública de saúde. Essa conquista só se deu porque a sociedade brasileira e os profissionais que lidavam com a epidemia nunca aceitaram a proposta de que o Brasil, por ser um país em desenvolvimento, somente deveria desenvolver ações de prevenção.

Quando os tratamentos e medicamentos mais complexos tornaram-se disponíveis, o Brasil possuía uma massa de profissionais de saúde que sabiam cuidar dos pacientes e manejar os anti-retrovirais menos potentes, pois era um tratamento bem menos complexo do que o que existe hoje. Esses profissionais estavam prontos para receber novos conhecimentos e incorporar novas tecnologias, equiparando-se aos profissionais de países desenvolvidos.

Essa resistência a somente desenvolver ações de prevenção não ocorreu em outros países em desenvolvimento, por isso ainda há tanta dificuldade nessas localidades para promover o tratamento da epidemia. Até há bem pouco tempo, a assistência a pacientes com AIDS não fazia parte da realidade dos países em desenvolvimento. Hoje, graças em grande parte à experiência brasileira, existe um clamor no mundo em desenvolvimento para que o acesso ao tratamento anti-retroviral seja ampliado. E junto com isso vem toda a gama de ações de assistência que esses portadores necessitam.

NECESSIDADE DE APERFEIÇOAMENTO DA INTEGRALIDADE E DO SUS

Nessa segunda etapa, foi possível avançar de forma rápida na compra e distribuição de equipamentos e de medicamentos, no treinamento de profissionais e no número de pacientes atendidos. Agora, há uma dificuldade de continuar avançando no mesmo passo, uma vez que não dá para melhorar a integralidade focando somente na AIDS. Hoje, os avanços dependem, em grande parte, do aperfeiçoamento do SUS.

Existem novas demandas que nunca foram atendidas quando se pensa em integralidade. Antigamente, os pacientes infectados pela epidemia viviam de seis meses a um ano. Atualmente, nas novas demandas, existem pacientes que vivem 20 anos, que vão chegar à terceira idade mesmo quando infectados cedo. Há crianças que se infectaram

Hoje, graças em grande parte à experiência brasileira, existe um clamor no mundo em desenvolvimento para que o acesso ao tratamento anti-retroviral seja ampliado.

Uma equipe de serviço que atende a um paciente com AIDS ou portador da infecção por HIV não pode mais pensar só na infecção oportunista, no tratamento anti-retroviral, na carga viral e no CD4+. Portanto, os médicos clínicos terão que cuidar da saúde dessas pessoas e lidar com os diferentes riscos de vida que elas poderão correr.

durante o parto e que estão chegando à adolescência, demandando por novos serviços. Por isso, uma equipe de serviço que atende a um paciente com AIDS ou portador da infecção por HIV não pode mais pensar só na infecção oportunista, no tratamento anti-retroviral, na carga viral e no CD4+. Portanto, os médicos clínicos terão que cuidar da saúde dessas pessoas e lidar com os diferentes riscos de vida que elas poderão correr.

A gravidade e a frequência com que os efeitos colaterais ocorrem obrigam esses profissionais a terem um conhecimento muito maior sobre hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias (aumento de gorduras no sangue). Esse é um desafio muito grande para uma equipe que, durante muitos anos, focou o seu trabalho em coisas mais específicas relacionadas à infecção por HIV.

Se pensarmos, por exemplo, na prevenção da transmissão vertical, veremos que até agora houve um avanço muito limitado quando comparado aos avanços obtidos na assistência em AIDS em geral. Ter disponibilidade de remédios e treinar pessoal não são suficientes para prevenir a transmissão do HIV de uma mãe infectada para seu filho, se não houver uma rede capaz de oferecer um pré-natal de qualidade nas maternidades e uma captação precoce dessa assistência.

Os avanços daqui para frente vão ser muito difíceis, e cada pequena conquista está exigindo muito trabalho. Um bom exemplo é o da situação dos casais sorodiscordantes (onde um é HIV positivo e o outro é HIV negativo ou de sorologia desconhecida) em que, ao longo destes anos, as equipes desenvolveram uma prática e uma escuta que são um pouco melhores quando comparadas à assistência a outros pacientes, mas, mesmo assim, esse atendimento varia de serviço para serviço. Na realidade, ainda inexistem serviços que podem realmente ajudar a esses casais sorodiscordantes a terem seus filhos e será impossível atendê-los enquanto a população geral não tiver acesso a esses serviços.

Esse exemplo deixa claro que não vamos avançar com intervenções únicas e exclusivas voltadas para os pacientes com AIDS. É preciso aperfeiçoar o SUS, ampliar o acesso aos serviços, atender às

necessidades da população como um todo. É muito importante que a equipe de saúde e a sociedade percebam isso para que essa luta pelo aperfeiçoamento da saúde possa ser feita de uma forma geral no SUS. Mobilizar outros setores é fundamental para o avanço prosseguir. Enquanto focarmos unicamente a questão da AIDS, os serviços ou programas, sejam municipais, estaduais ou o programa nacional, não serão capazes de dar a resposta que precisamos.

Ter disponibilidade de remédios e treinar pessoal não são suficientes para prevenir a transmissão do HIV de uma mãe infectada para seu filho, se não houver uma rede capaz de oferecer um pré-natal de qualidade nas maternidades e uma captação precoce dessa assistência.

DIFICULDADES NA PREVENÇÃO E O DESAFIO DAS ORGANIZAÇÕES DOS SERVIÇOS

Quando se fala em prevenção e assistência, vê-se que ainda fazemos muito pouco em termos de medidas preventivas, tendo em vista que além dos 600 mil infectados, estima-se, no Brasil, que 400 mil nem mesmo sabem que são portadores do HIV. É claro que as campanhas de massa são importantes. As recomendações de prevenção devem ser feitas para a população em geral, mas os estudos que avaliaram as intervenções de prevenção mostram claramente que elas são mais efetivas quando direcionadas para pessoas que sabem da sua situação sorológica. Nenhum programa de prevenção vai ter sucesso se não identificar essas pessoas para que possam ser tratadas, informadas e trabalhadas.

Como o grau de estigma ainda é muito grande, as pessoas não fazem o teste e não conversam sobre a doença, dificultando a implementação de ações efetivas de prevenção. Uma das maneiras de modificarmos esse panorama é avaliar, sempre que se está atendendo a um paciente, o risco de infecção para o HIV. O ideal é conter no prontuário médico as informações sobre exposição em potencial e uso do preservativo, mas isso praticamente inexistente fora dos ambulatórios específicos para os portadores da infecção por HIV. Nos melhores prontuários, já encontramos a informação sobre o uso de cigarro e bebidas alcoólicas, mas não há nada relacionado à infecção por HIV, o que mostra que ainda estamos muito longe da integralidade.

Houve um grande avanço nas políticas públicas focadas nos pacientes com AIDS, mas é necessário avançar como um todo para beneficiar toda a população. Um caminho pode ser uma melhor organização dos serviços de saúde. Uma pesquisa feita pela Coordenação Nacional de DST e AIDS sobre a qualidade da assistência mostrou que um dos principais fatores associados à baixa qualidade da assistência é a organização dos serviços.

O sistema de referência, mesmo com o que já existe na rede pública, ainda é muito falho e a demanda por atendimento cresce a cada dia. No Rio de Janeiro, existem, hoje, 25 mil pacientes recebendo tratamento anti-retroviral, fora os que estão sendo acompanhados e ainda não precisam de medicamentos. Há novos

Na realidade, ainda inexistem serviços que podem realmente ajudar a esses casais sorodiscordantes a terem seus filhos e será impossível atendê-los enquanto a população geral não tiver acesso a esses serviços.

Enquanto focarmos unicamente a questão da AIDS, os serviços ou programas, sejam municipais, estaduais ou o programa nacional, não serão capazes de dar a resposta que precisamos.

Como o grau de estigma ainda é muito grande, as pessoas não fazem o teste e não conversam sobre a doença, dificultando a implementação de ações efetivas de prevenção.

profissionais ingressando nesses serviços, novos serviços sendo abertos e muitos serviços e equipes ainda não têm a sensibilidade de uma ausculta das necessidades dos pacientes, como têm as equipes que estão trabalhando há muito tempo e que viveram toda a história da epidemia e da assistência. Essa sensibilidade precisa ser desenvolvida.

DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA

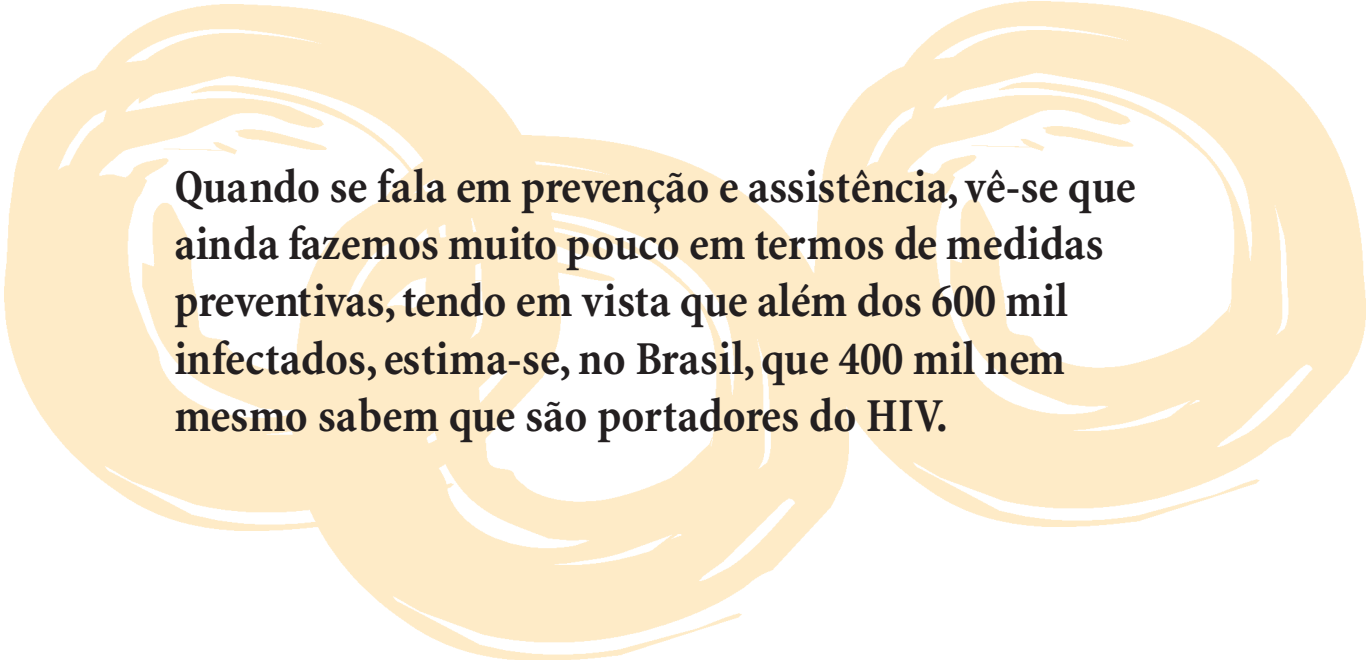
Em termos da estrutura da rede pública de saúde, é bom lembrar também que, desde a década de 1990 até agora, tem havido um processo grande de descentralização de responsabilidades e de recursos financeiros para os estados e municípios. É inegável que a oferta de serviços nos municípios se ampliou bastante, mas essa descentralização não foi acompanhada de um aumento da capacidade de gestão das secretarias estaduais e municipais de saúde. Essa deficiência na gestão faz com que as potencialidades da rede não sejam totalmente utilizadas e, conseqüentemente, muitos recursos são desperdiçados.

Desde o ano passado, com a Norma Ocupacional de Assistência à Saúde (NOAS), busca-se uma estruturação melhor para a rede pela lógica da regionalização e da estruturação de microrregiões, cidades pólo, pólos e módulos de assistência, mas essa idéia ainda não saiu do papel. Deve haver, ainda, uma grande luta pela frente para que isso se concretize. No Brasil, há muitos municípios pequenos, com menos de 10 mil habitantes, onde é difícil estruturar a assistência de forma a que o portador da infecção por HIV receba a assistência integral necessária.

Quando se fala em assistência, a experiência do profissional é fundamental. E como adquirir experiência se você atende a dez, a 20 pacientes? As pesquisas mostram que equipes que atendem a dez, a 20 pacientes não adquirem experiência suficiente para prover uma assistência com a qualidade devida. Essa regionalização da assistência em saúde que se está tentando implementar vem atender a essas necessidades. É muito mais fácil se estruturar nessa lógica.

Nós temos, hoje, grande parte dos municípios que não faz nem o exame Elisa nem o confirmatório do diagnóstico de infecção por HIV. O laboratório central do estado ainda recebe um volume muito grande de exames dos mais diversos municípios. Atualmente, é recomendado que se ofereça o teste anti-HIV e a aceitação é alta entre todas as gestantes. Cada uma vai fazer, pelo fluxograma vigente no País, dois testes Elisa de triagem e uma pequena parte vai fazer o confirmatório. São 600 mil testes Elisa que precisam ser feitos só para a população de gestantes. Se não houver um investimento na descentralização desse diagnóstico, é impossível imaginar que vamos dar conta de outra forma de atender a essa necessidade. É importante que a lógica da integralidade não seja perdida.

Quando os anti-retrovirais se tornaram disponíveis, o foco concentrou-se no tratamento com esses medicamentos, principalmente na redução da carga viral, e menos importância foi dada ao CD4+, o que prejudicou um pouco a articulação do movimento social para reivindicar uma assistência integral. Atualmente, existe uma consciência maior de que o tratamento anti-retroviral atende apenas a uma parte das necessidades. Para que ele possa ser implementado adequadamente, é necessária uma assistência integral aos pacientes. Sem essa assistência integral, o paciente não conseguirá aderir adequadamente ao tratamento anti-retroviral e as questões que estão relacionadas aos efeitos colaterais dos medicamentos ficarão mais difíceis de serem identificadas.

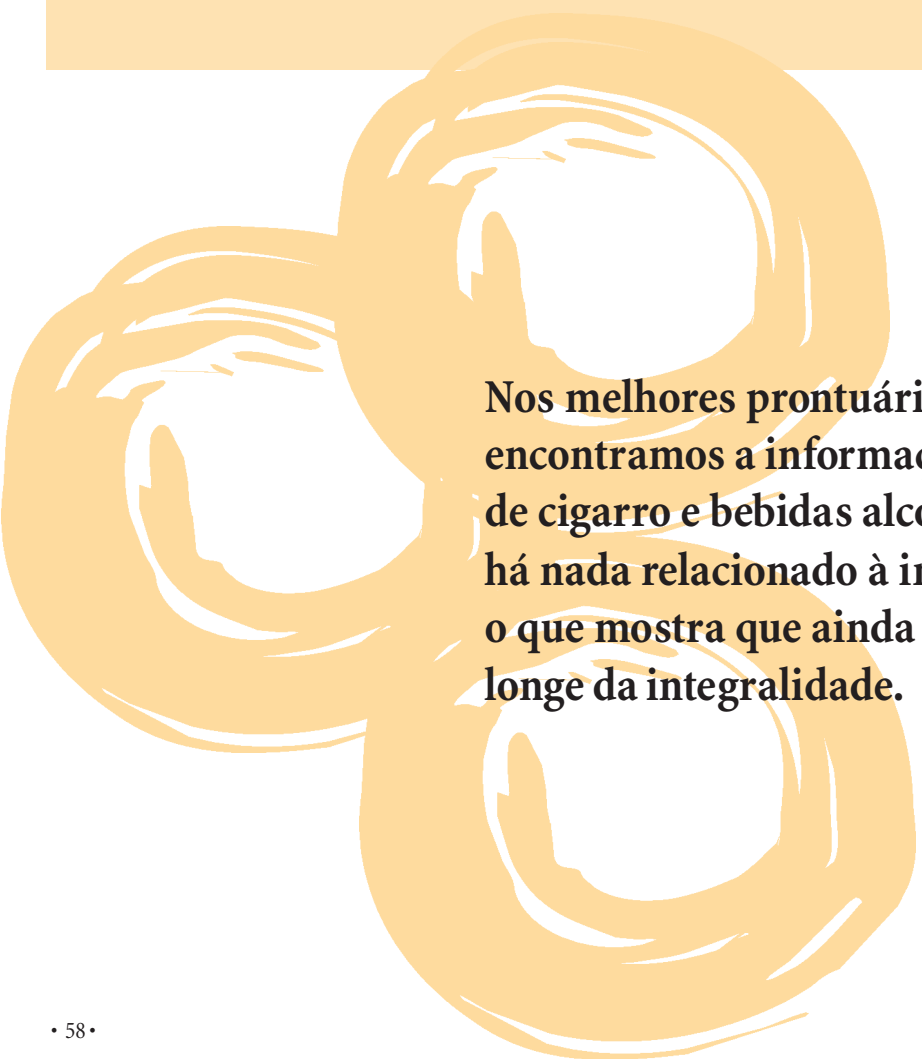


Quando se fala em prevenção e assistência, vê-se que ainda fazemos muito pouco em termos de medidas preventivas, tendo em vista que além dos 600 mil infectados, estima-se, no Brasil, que 400 mil nem mesmo sabem que são portadores do HIV.

“Normalmente, parte-se da idéia de que integralidade é obrigação de dar resposta a tudo. Eu não concordo. Acho que é a obrigação de ouvir, de reconhecer o sujeito que está contando suas necessidades. Algumas delas vão além da minha capacidade cognitiva de dar respostas eficazes.

Integralidade não é responder a tudo, mas é perceber que o outro não se reduz às necessidades às quais eu posso responder. Acho que esse é o grande pulo do gato nas relações das equipes profissionais. Tem uma prática que gera indignação que eu chamo de desintegralidade. Ela é caracterizada quando o profissional só responde ao que entende; ele nega qualquer outra percepção de necessidade que vai um palmo além do nariz do que é o seu objeto de domínio técnico de conhecimento.”

Ruben Mattos (IMS/UERJ)



Nos melhores prontuários, já encontramos a informação sobre o uso de cigarro e bebidas alcoólicas, mas não há nada relacionado à infecção por HIV, o que mostra que ainda estamos muito longe da integralidade.

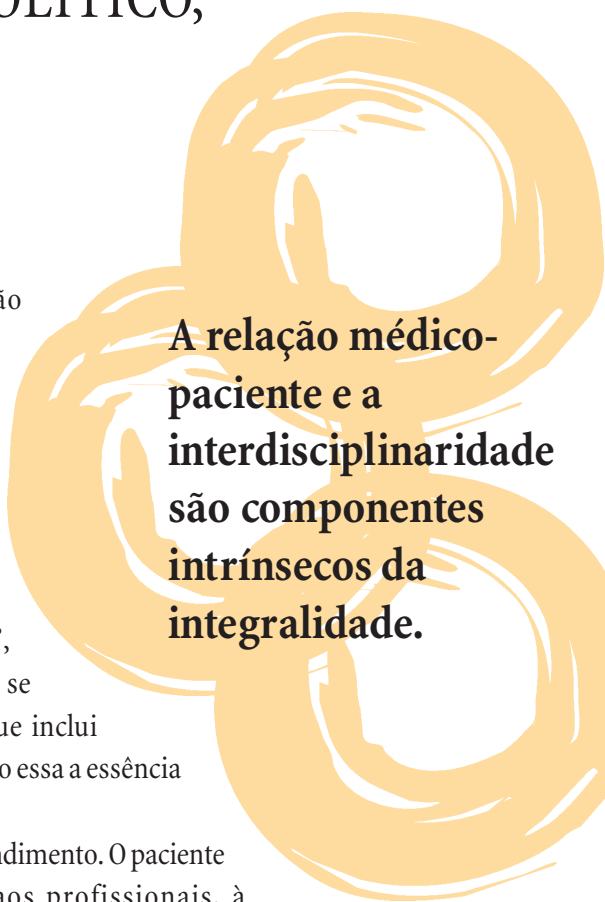
Doutora em Saúde Coletiva, professora visitante do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e pesquisadora responsável pelo projeto Integralidade Saberes e Práticas no Cotidiano das Instituições de Saúde -CNPq/FAPERJ (rosenisaude@uol.com.br)

A IMPORTÂNCIA DO SUS: O POLÍTICO, O SOCIAL E AS QUESTÕES A SUPERAR

A relação médico-paciente e a interdisciplinaridade são componentes intrínsecos da integralidade. Para falar em integralidade, que é um termo com vários sentidos, é preciso, antes de qualquer coisa, discutir questões internas da formação médica, a maneira como as práticas de saúde são vistas. Assim, pode-se olhar, examinar, investigar e aprender várias possibilidades de se fazer práticas de integralidade.

É necessário, com base no cotidiano, criar um projeto democrático e efetivo de conservação do Sistema Único de Saúde (SUS). No Rio Grande do Sul, existe um movimento chamado “O SUS é legal”, que é um projeto democratizante, com uma regionalização que não se enquadra na Norma Ocupacional de Assistência à Saúde (NOAS), que inclui diversos atores e possui uma proposta voltada para a integralidade, sendo essa a essência política do SUS.

A garantia do acesso não assegura que exista integralidade no atendimento. O paciente pode até ser atendido, mas existem tantas coisas em relação aos profissionais, à interdisciplinaridade, às concepções de saúde desses profissionais, enfim, uma série de outros fatores que seguramente ultrapassam ou superam a idéia de objetividade para se pensar a atenção ao paciente, e que vai ser condicionante de uma integralidade. Seja na forma de organização, de considerar a recepção, o cuidador e o profissional, enfim, como se articula esses diferentes saberes e de que modo essa articulação transforma-se em práticas.



A relação médico-paciente e a interdisciplinaridade são componentes intrínsecos da integralidade.

A definição de integralidade é uma construção, uma ação social que envolve diferentes atores no cotidiano a partir de uma interação democrática.

O engajamento da população e de todos os atores e funções envolvidos com o sistema de saúde e a existência de um projeto socializante democrático são fundamentais para o bom funcionamento do SUS.

A definição de integralidade é uma construção, uma ação social que envolve diferentes atores no cotidiano a partir de uma interação democrática, tendo em vista que está em todos os níveis do próprio sistema. A política de AIDS no Brasil só obteve êxito porque houve a mobilização das pessoas em prol de um objetivo comum. Em algum momento, as pessoas, professores, profissionais e instituições se reuniram em torno de um objetivo em comum, para combater até mesmo o estigma.

O combate ao estigma, aliás, trouxe à tona novamente uma discussão social que parecia superada. Avançamos nos segmentos específicos, mas precisamos pensar como a doença faz esse rótulo para não parecer cachorro correndo atrás do rabo. Temos o exemplo do tratamento da doença de Hansen que também é complicado pelo acesso aos medicamentos, por durar cinco anos, pelos efeitos colaterais e pelo abandono da terapia. Talvez não seja tão estigmatizante quanto a AIDS, mas seguramente marca a vida das pessoas e esse é um aspecto que precisa ser pensado na construção do conhecimento.

A política de AIDS, sua forma de organização da atenção e da prevenção ajudam pelas suas produções de conhecimento muito ricas. Num período muito curto, se produziu muita coisa que auxiliou várias outras áreas e até fortaleceu o movimento social. Hoje, literalmente, o movimento feminista, no que diz respeito à contracepção, tem que fazer um trabalho conjunto – ainda que elas contestem bastante – para ter êxito.

RECURSOS, MOBILIZAÇÃO SOCIAL, PRÁTICAS E REGIONALIZAÇÃO

Outra questão interessante é falar de recursos como se eles fossem o suficiente para a assistência. A mobilização social trouxe, também, uma mobilização de recursos fantástica, o que não aconteceu necessariamente com o nosso sistema de saúde. Por isso, o engajamento da população e de todos os atores e funções envolvidos com o sistema de saúde e a existência de um projeto socializante democrático são fundamentais para o bom funcionamento do SUS.

A prática é fundamental para a transformação. Quando existe a ação e um projeto de grande apelo, por menores que sejam os recursos, todo mundo se engaja. Mas, o que vemos, por vezes, é que na hora da prática esse engajamento não acontece. É preciso ter uma compreensão da

complexidade que envolve as questões da aplicação de recursos. Por exemplo, em um programa de combate à carência tem-se que pensar na hipótese de o beneficiário usar o recurso para comprar bebida ao invés de alimentos.

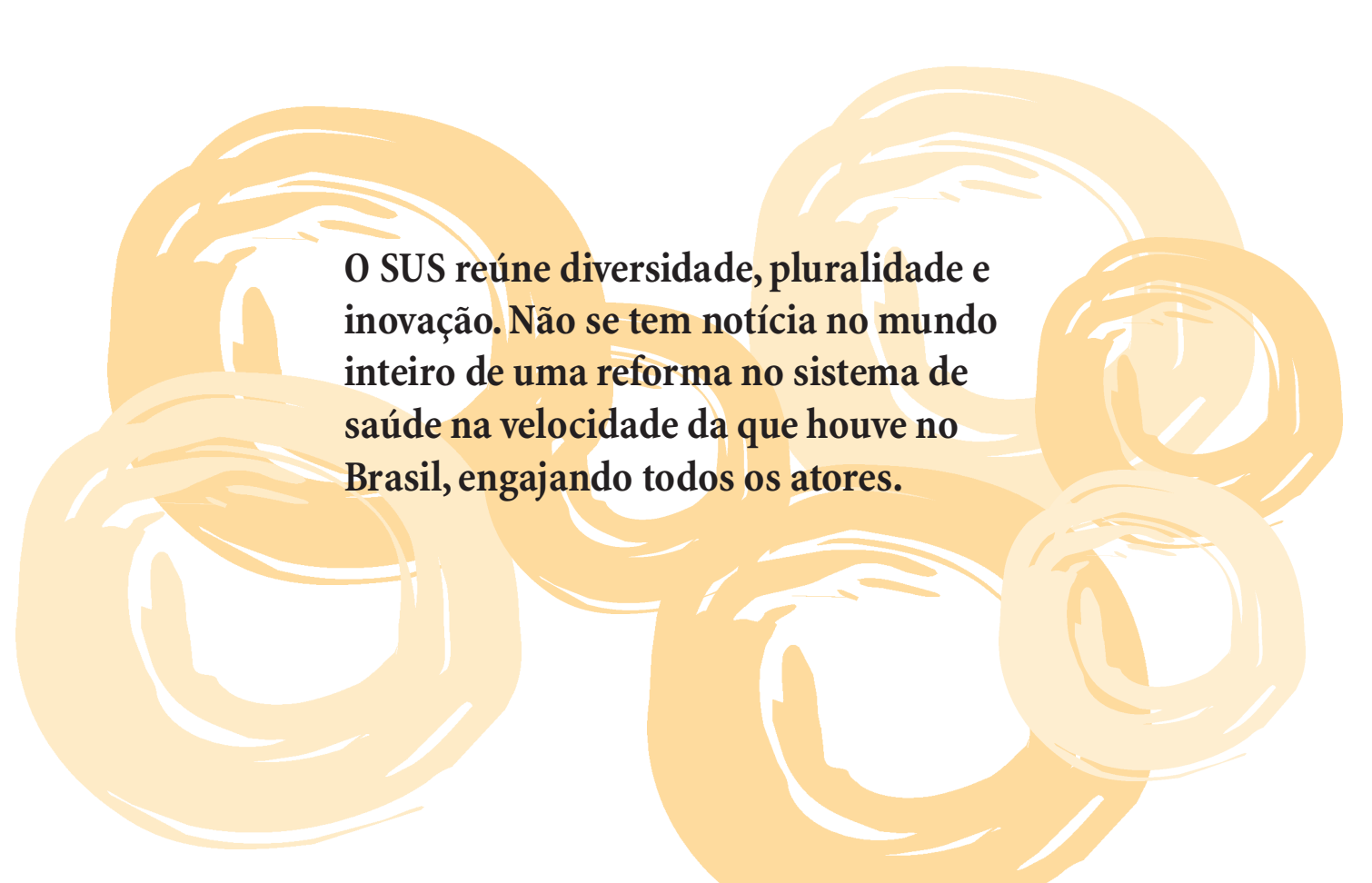
Não adianta dar o recurso se as relações, o contexto, o cotidiano em que as pessoas estão inseridas não estão sendo considerados. Esse é o grande mérito da política de AIDS: a possibilidade de ter vários saberes obstinados justamente a compreender a situação que se passa. Esse é, também, o limite da interdisciplinaridade. Isso seguramente se reflete na organização da assistência.

A tradição autoritária brasileira ainda dificulta uma discussão com o usuário do sistema de saúde. São poucos os casos em que essa discussão se tornou um objetivo. Mas, no Rio Grande do Sul, em Santa Maria, o Hospital Universitário discute toda a sua agenda com o estado. Lá, há o Conselho Regional de Saúde – que não é comum existir em outra parte do País –, e os representantes dos Conselhos Municipais de Saúde é que fazem essa discussão da assistência. Quando uma ambulância quebra, por exemplo, a decisão de que município vai cobrir essa deficiência é feita de acordo com o entendimento da coletividade.

Portanto, quando se pensa em um projeto de SUS ideal e na idéia de regionalização, não se deve esquecer que já existe um processo de regionalização razoavelmente exitoso, anterior ao próprio NOAS. Nesse aspecto, os estados do Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul são bons exemplos.

É necessário pensar o SUS como se fosse o resultado do engajamento do movimento social. É assim que devemos enxergar esse processo. É claro que esbarraremos em estruturas e resquícios de autoridade na organização dos serviços e das instituições de formação, mas é preciso ressaltar essa possibilidade de ser plural. O SUS reúne diversidade, pluralidade e inovação. Não se tem notícia no mundo inteiro de uma reforma no sistema de saúde na velocidade da que houve no Brasil, engajando todos os atores.

Não adianta dar o recurso se as relações, o contexto, o cotidiano em que as pessoas estão inseridas não estão sendo considerados. Esse é o grande mérito da política de AIDS: a possibilidade de ter vários saberes obstinados justamente a compreender a situação que se passa. Esse é, também, o limite da interdisciplinaridade.



O SUS reúne diversidade, pluralidade e inovação. Não se tem notícia no mundo inteiro de uma reforma no sistema de saúde na velocidade da que houve no Brasil, engajando todos os atores.

“Na terceira idade, vários pacientes que vivem com AIDS e que precisam desse atendimento especializado vão ter outras doenças não ligadas ao tratamento que são comuns a essa faixa etária. E aí surge uma questão: quem é que tem que responder a isso? A equipe de AIDS, que cria com essas pessoas uma relação especial por conta da cronicidade da doença e do contato prolongado?”

A integralidade exige o contato da equipe que conhece o paciente com o profissional que vai ser responsável por um outro conjunto de necessidades básicas. Tem que haver diálogo. Para a integralidade, não há a necessidade de responder, mas de ouvir. Mas não é ouvir e deixar para lá. É ouvir e assumir uma certa responsabilidade para se fazer o possível para que aquela necessidade seja respondida”.

Ruben Mattos (IMS/UERJ)

“De certa forma, algumas questões relacionadas a um planejamento de resposta mais ampliado à epidemia de HIV/AIDS já são tratadas na lei, tanto é que o portador da infecção por HIV tem direito a retirar seu Fundo de Garantia e a se aposentar por invalidez em determinadas situações, além de uma série de direitos garantidos. O que não quer dizer que, na prática, ele possa exercer esses direitos.

Há concursos públicos que exigem o teste anti-HIV. Ainda existem crianças que continuam sendo impedidas de entrar na escola. A gente ainda encontra pessoas que são demitidas por conta disso. Como os serviços acham que não têm condições de lidar com esse paciente complexo, ele é discriminado. Quando se intensificou, em 1997, as ações para prevenir a transmissão do HIV da mãe para o filho, era como se estivéssemos novamente no início da epidemia. Os profissionais, principalmente das maternidades, pensaram em criar um isolamento para as mulheres HIV+. Continuamos vivenciando essa questão do estigma e discriminação”.

Valdiléia Veloso (Coord. Est. DST/AIDS-RJ)



