



La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil

Integrity in the health care perspective: an experience of the Unified Health System in Brazil

Clarissa Terenzi Seixas¹, Emerson Elias Merhy², Rossana Staevie Baduy³, Helvo Slomp Junior⁴

¹Enfermera. Doctora en Ciencias Sociales. Profesora Adjunta, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Investigadora, Línea de Investigación en Micropolítica del Trabajo y el Cuidado en Salud, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. claseixas@gmail.com

²Médico. Doctor en Salud Colectiva. Libre Docente, Universidade Estadual de Campinas. Profesor titular, Coordinador de la Línea de Investigación en Micropolítica del Trabajo y el Cuidado en Salud, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. emerson.merhy@gmail.com

³Enfermera. Doctora en Ciencias de la salud. Investigadora, Línea de Investigación en Micropolítica del Trabajo y el Cuidado en Salud, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. robady@gmail.com

⁴Médico. Doctor en Medicina. Profesor, Universidade Federal do Paraná. Investigador, Línea de Investigación en Micropolítica del Trabajo y el Cuidado en Salud, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. helvosj@gmail.com

RESUMEN A partir de un debate en torno al modelo biomédico y sus desdoblamientos en la formación del profesional de la salud y en las prácticas de salud, se retoma el concepto de *integralidad* vinculado al Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil, en particular, a las disputas sobre sus significados y a su puesta en práctica en el trabajo cotidiano en salud. A partir de una investigación realizada en el ámbito nacional, los autores señalan que para gestar la *integralidad* resulta necesario tanto un proyecto ético-político sustentado en el reconocimiento de que la vida del otro vale la pena y nos enriquece, como otros espacios favorables para el descubrimiento de diferentes producciones de vida, en los que también es posible y potente la *integralidad* del cuidado en salud. Los autores concluyen que este proceso es pertinente para avanzar en la constante construcción del SUS en Brasil.

PALABRAS CLAVES Integralidad en Salud; Sistemas de Salud; Servicios de Salud; Humanización de la Atención; Brasil.

ABSTRACT Starting with a discussion of the biomedical model and its implications in the shaping of healthcare professionals and health practices, this article analyzes the concept of *integrality* as associated with the Unified Health System (SUS) [*Sistema Único de Salud*] in Brazil. Particular attention is paid to the disputes regarding the meaning of integrality and the ways of putting the concept into practice in everyday health care work. Based in a research study conducted at the national level, the authors suggest two aspects crucial to fostering *integrality*: an ethical-political project founded in the recognition that other people's lives are worthwhile and enriching; as well as the existence of additional spaces conducive to discovering diverse ways of producing life, in which *integrality* in health care is also possible and powerful. The authors affirm the relevance of this process as a contribution to the continual construction of the SUS in Brazil.

KEY WORDS Integrality in Health; Health Systems; Health Services; Humanization of Assistance; Brazil.

INTRODUCCIÓN

La vida es el arte del encuentro, aunque
haya tanto desencuentro por la vida.

Vinicius de Moraes

En este artículo^[a] invitamos al lector a realizar una reflexión acerca de algunos conceptos como *integralidad*, *trabajo en salud*, *encuentro cuidador*, *micropolítica*, entre otros, que hemos analizado de manera sistemática en nuestras investigaciones sobre los procesos de trabajo en salud y las prácticas de cuidado en el seno del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil. Para ello, partimos de las experiencias cotidianas como trabajadores, gestores, profesores e investigadores del área de la salud pero, sobre todo, del producto de los primeros análisis de la investigación titulada “*Rede de avaliação compartilhada (RAC) - Observatório nacional da produção de cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa*”, la cual se inició en diciembre de 2013, con una duración de 36 meses, y está siendo llevada a cabo a nivel nacional por los investigadores que integran la línea de investigación. Aunque este artículo no tiene por objeto presentar los resultados finales de la investigación citada, dado que aún no ha finalizado, los autores se proponen exponer algunos de sus datos parciales de manera de ampliar el debate que ha surgido en actividades de análisis de uno de los frentes de investigación.

La investigación tiene como finalidad analizar la producción de la práctica del cuidado en las redes de atención a la salud en distintos municipios y regiones brasileñas, a partir de la idea de que, más allá de las normas y de las jerarquías institucionales y profesionales, se trata de una producción agenciada también por los trabajadores en su micropolítica, en los diferentes proyectos que disputan. Este proceso intenso, dinámico e ininterrumpido configura la lucha cotidiana del SUS en todo Brasil^{(1),(2)}.

Integralidad en el cuidado: apuesta en disputa

El SUS, que ha sido pensado y construido por una gran cantidad de trabajadores de la salud en Brasil, ha transformado de manera positiva la salud de los brasileños, sobre todo de aquellos que tenían poco o ningún acceso a los servicios de salud. Sin embargo, enfrenta desafíos importantes para su consolidación^{(3),(4)}, muchos de los cuales surgen de la disputa que enfrente este nuevo paradigma de la salud con el modelo biomédico, fuertemente arraigado en la organización de los servicios y en el quehacer en salud.

El modelo biomédico, predominante, encuentra su fundamento en la medicina científica moderna, resultado de la influencia del paradigma cartesiano en el pensamiento médico, y se caracteriza por una concepción biológica y mecanicista del cuerpo, entendido como piezas unidas entre sí en una máquina compleja, que necesita ser reducida a sus partes con el fin de conocer su conjunto. Según esa concepción del cuerpo humano, en la que la enfermedad consiste en un defecto meramente mecánico o material, la salud se entiende como ausencia de enfermedad, lo cual acarrea un abordaje tecnista de la asistencia de la salud, en el que prevalece una desproporcionada incorporación de tecnologías duras⁽⁵⁾, y una extrema valorización de los más altos grados de especialización. Georges Canguilhem, en su obra *Lo normal y lo patológico*⁽⁶⁾, señala esta práctica médica anclada en el organicismo y en el reduccionismo como una contribución a la fragmentación del individuo.

Por lo tanto, no es de extrañar que, en ese tipo de abordaje de la salud –o mejor dicho, de la enfermedad–, el sujeto detrás de aquel cuerpo, con sus saberes, deseos y experiencias, participe tan poco en la elaboración de su plan terapéutico o, más bien, de su prescripción. En un modelo en el cual el saber científico es el único válido, incluso es deseable que el usuario, o mejor dicho, el “paciente”, no interfiera, no cuestione la decisión profesional y su modo de leer la

disfunción que el cuerpo manifiesta con sus signos y síntomas. Ahora, si entiende, acepta y desea aquella prescripción disfrazada de cuidado, “eso ya no me incumbe”, “me lavo las manos”, “mi parte está hecha”, “ahora (solo) depende de él”. He aquí algunas sentencias frecuentemente proferidas por los trabajadores de la salud para justificar los altos índices de lo que ellos llaman “la falta de adhesión al tratamiento”. El trabajador de la salud biomedicalizado, o sea, en ese modelo de subjetivación que acabamos de describir, actúa como un instrumento altamente especializado y fragmentario para intervenir de forma puntual sobre el cuerpo “con órganos”^[b] de un individuo, desresponsabilizándose del cuidado de aquel usuario.

Como consecuencia de este *modus operandi*, a pesar de los avances técnicos que aportó a la asistencia en general, se produjo un deterioro de la relación trabajador de la salud-usuario (incluyendo la relación médico-paciente), con una baja resolutivez frente a las necesidades y demandas de la salud, y la diseminación de prácticas prescriptivas, autoritarias e incluso fascistas, en el trabajo cotidiano de los servicios de salud.

Ayres también problematizó este paradigma biomédico y discute cómo sería transformar un encuentro terapéutico en una relación de cuidado, proponiendo “desafíos conceptuales y prácticos para la humanización de las prácticas de salud”^(7 p.18). El autor analiza la necesidad de ampliar el horizonte normativo de las tecnociencias biomédicas modernas, de escapar de la limitación del concepto de salud difundido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde la década de 1970, y de ir más allá de las prácticas tecnológicas limitadas al cuerpo morfofuncional. Con este fin, trabaja un concepto de felicidad humana y recurre a la ontología existencial de Heidegger para explorar la concepción de cuidado, haciendo una apuesta en la búsqueda del proyecto de felicidad en la relación médico/usuario como una estrategia para resignificar, especialmente, el cuidado de sí.

Ante la insatisfacción con la lógica y la ética instituidas, nace (o resurge, modificado

y enriquecido) un movimiento de resistencia que, en Brasil, toma forma y fuerza con la Reforma Sanitaria en los años setenta, consolidándose a fines de los años ochenta, en el mismo momento de la institución del SUS. Los principios y las directrices de ese nuevo sistema público y gratuito se sustentan en una noción amplia de la salud, que considera el proceso salud-enfermedad de forma plural y compleja, respetando las diferentes dimensiones implicadas. Ese movimiento entra en disputa con el modelo biomédico al promover prácticas que buscan garantizar la integralidad del cuidado por medio de algunas apuestas: el trabajo en equipos multidisciplinares; los vínculos y la corresponsabilidad por la salud del otro; la expansión de los espacios para que suceda el cuidado; la valorización de otras maneras de producción de conocimiento para la construcción de planes de cuidado singulares (analizando las experiencias empíricas, los modos de subjetividad, las disputas simbólicas y los deseos de los usuarios y los trabajadores, y los diferentes modos de andar la vida). Además, se postula una oferta integral de tecnologías en salud (duras, blandas-duras o blandas) de acuerdo con las necesidades de cuidado, lo que permite posicionar las tecnologías blandas como componentes indispensables y orientadores de la acción en salud^{(5),(8)} y, principalmente, colocar la centralidad del cuidado en el usuario, y no en los procedimientos.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

En el transcurso de los últimos años, el grupo de investigación del que formamos parte ha realizado una serie de esfuerzos por implementar metodologías más idóneas y sensibles. En la investigación *Rede de avaliação compartilhada (RAC)*, pudimos amplificar y profundizar esa experiencia al contar con 52 investigadores vinculados a instituciones brasileñas de enseñanza superior –predominantemente públicas–, además de tantos otros trabajadores-investigadores, usuarios-

investigadores, gestores-investigadores, estudiantes, etc., disseminados por 17 municipios de las regiones Sudeste, Nordeste, Norte y Sur del país.

Este artículo corresponde a las experiencias de producción de cuidado analizadas en los encuentros mensuales de un grupo de investigadores de un municipio del sur de Brasil. Dado que la mayor parte de los investigadores “externos” no residían en ese municipio, los encuentros tuvieron una duración de 2 a 3 días por mes, dedicados de forma exclusiva al trabajo de campo.

Buscamos implementar una metodología que posibilitara, a través de la “observación atenta y sensible”, captar la potencia creativa presente en esta construcción, proceso que denominamos *investigación interferencia*, cuya apuesta es transitar los movimientos de la producción del cuidado, en acto, con los propios trabajadores y usuarios como investigadores, de manera de poder compartir sus saberes y prácticas cotidianas, como también de las nuevas producciones que surjan de la investigación^{(1),(2)}. En la experiencia se producen cambios en las acciones cotidianas del trabajo en salud, que no son intencionales *a priori*, sino que son resultado de las interferencias de las actividades de la propia investigación a partir del encuentro de todos los involucrados^{(1),(2)}.

De los encuentros entre los investigadores, los que son “externos” a los servicios, y aquellos que, además del rol de investigador que asumen, son también los protagonistas del proceso de producción del cuidado (usuarios, trabajadores y gestores), se toman preferencialmente los relatos sobre y de los usuarios como “guías” de la investigación, que conducen a todos los involucrados por los caminos del cuidado que se produce, sea a partir de un itinerario terapéutico, o desde su propia manera de construirlo. Estas narrativas acerca de la producción del cuidado, a partir del itinerario del “usuario-guía”, de los “trabajadores-guía” o bien de los “gestores-guía” por las redes de salud formales o informales, son las que fundamentan nuestra discusión.

La investigación cumplió los principios éticos de la Declaración de Helsinki de la

Asociación Médica Mundial y la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud de Brasil para la obtención del consentimiento informado de los participantes, y garantizó la preservación de la confidencialidad de los datos. La investigación, propuesta por la Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus Macaé, fue aprobada por el Comité Nacional de Ética en Investigación, bajo el dictamen No. 560.597/2014.

LA INTEGRALIDAD COMO DISPOSITIVO PARA INTERROGAR LO COTIDIANO

Es necesario decir que la palabra-concepto integralidad, que surge “con la intención de ser portadora de una formulación de cambios radicales, para las acciones en salud”, como si la palabra en sí ya garantizara el “protagonismo de nuevas prácticas en salud”, ha quedado “embarazada” –como diría Merhy^(9 p.196)– de distintas maneras, por esas diferentes lógicas/proyectos de actuar que están en disputa. Mucho se ha hablado de integralidad, sin que surgiera nada nuevo en la producción del cuidado. Por cierto, el término se ha utilizado para disfrazar viejas prácticas autoritarias, camuflando, bajo su égida, lo más tradicional del trabajo en salud.

En diversas situaciones cotidianas del trabajo en salud es posible identificar y hasta experimentar tales prácticas. Es frecuente encontrarnos con la idea de que resolver de forma inmediata las cuestiones que se presentan, normalmente a través de derivaciones o prescripciones, significaría integralidad, incluso si esa persona sale de allí con la sensación de que su problema no fue resuelto, y vuelva numerosas veces al servicio, sin quejas específicas. ¿Es ajena esta situación a los servicios en salud? Si fuera frecuente como hemos dicho, los profesionales de la salud ¿debemos rendirnos ante esa realidad?

Una situación con la que uno de nosotros entró en contacto puede ayudar a ilustrar lo expuesto anteriormente: una interconsulta

pediátrica realizada por una médica y una enfermera, en una unidad de salud en un municipio brasileño, era promocionada como una práctica innovadora e “integral”. La práctica consistía en lo siguiente: el niño entraba con su madre al consultorio, la enfermera lo medía, lo pesaba, lo auscultaba, mientras la médica tomaba nota y prescribía, sin tocar o dirigirse al niño y tampoco a la madre. No había diálogo ni intercambio.

No negamos que prácticas como estas puedan estar llenas de buenas intenciones, y muchas veces sean competentes en el ámbito de los procedimientos técnicos. Sin embargo, deberíamos preguntarnos si existe un aprendizaje colectivo y permanente para producir el cuidado, y cómo los usuarios participan en la construcción de esa estrategia. También reconocemos que los denominados “vacíos asistenciales”, como los problemas de acceso a la atención especializada^{(4),(10)}, comprometen la oferta de tecnologías duras y blandas-duras en el SUS, que también son importantes para efectivizar la integralidad. Pero ¿cómo cargar a la “integralidad” de sentidos y significados productores de más salud, de más vida? ¿Cuáles son esos sentidos y significados? Y a partir de allí ¿cómo potencializar la producción del cuidado en nuestras prácticas?

Para que los nuevos procesos puedan tener lugar, sin duda necesitamos cuestionar permanentemente los modos establecidos de producción de salud. Para Merhy y Feuerwerker^{(9),(11)}, una buena ocasión para romper la lógica dominante en salud es su deconstrucción en el espacio de la micropolítica, en el de la organización del trabajo vivo en acto y de sus prácticas, en las que la acción protocolar de los núcleos profesionales no consigue *per se* producir el cuidado. Y en ese sentido entendemos que el concepto de integralidad, aunque a veces se masifique, puede cargarse de nuevos sentidos producidos por otro proyecto ético-político, aquel que coloca la centralidad de las prácticas de salud en el cuidado, en las demandas y en las necesidades en salud de las personas y de los colectivos. Desde esa perspectiva, es posible cargar de nuevos sentidos también a

la propia clínica a través de las tecnologías blandas. Y eso no sería posible si no entendemos los espacios para la producción del cuidado, incluyendo a la clínica, como *locus* de intercambio, de escucha, de diálogo, de intercesión, es decir, de encuentro.

La potencia del encuentro en la producción de la integralidad

Para que un encuentro sea un “buen” encuentro en el sentido que le atribuye Spinoza, es decir, aquel que aumenta nuestra potencia de actuar⁽¹²⁾, ya sea un encuentro con un usuario o un encuentro amoroso, debe ser un encuentro de posibilidades. En un buen encuentro, de esos en los que uno se siente feliz y realizado, es necesario sentirse cuidado y escuchado. Y después de agendar el encuentro, se produce ese “frío en el estómago”, de miedo, de ansiedad. ¡No se puede ensayar exactamente lo que se va a decir y hacer de antemano! He aquí la dosis de incertidumbre de cada encuentro, que no tiene nada que ver con la falta de preparación o desconocimiento, sino con estar abierto al acontecimiento, a construir y dejarse construir en acto. Tiene que ver con la capacidad de albergar el saber del otro en el ejercicio de “otrase” de reconocer la alteridad y producir con otros⁽¹³⁾.

En un buen encuentro, las tecnologías blandas operan en todo momento y orientan el uso de otras tecnologías. Por el contrario, si orientamos nuestra práctica por las rutinas y los protocolos, aunque sean necesarios para la organización del trabajo, corremos el riesgo de endurecerlo, enyesarlo, formatearlo de tal modo que eliminamos toda la espontaneidad, la creatividad, limitándonos a un trabajo muerto⁽⁷⁾. En fin, corremos el riesgo de eliminar la potencia del trabajo vivo que se produce en acto, que es precisamente lo que permite un buen encuentro cuidador.

En ese encuentro, la interferencia es mutua y la construcción es conjunta, a partir del momento en que yo reconozco al otro como un interlocutor válido con el que vale la pena pactar^{(9),(11),(14)}. Ese otro que está allí tiene necesidades, tiene deseos, tiene

expectativas y, sobre todo, tiene un saber que, la mayoría de las veces, es diferente al mío, y eso enriquece mi práctica.

Caponi, a partir de las contribuciones de Canguilhem con respecto a las nociones de “normal” y “patológico”, discute la salud como la apertura al riesgo y señala la imposibilidad de hablar de salud sin hablar de dolor o de placer, es decir, es “...el sufrimiento, y no las mediaciones normativas o los desvíos estándar, es lo que establece el estado de enfermedad”^(15 p.60). Al resaltar la singularidad de estas cuestiones, la autora destaca la importancia de que los profesionales de la salud hablen en primera persona, en lugar de insistir en la impersonalidad de la tercera persona, posibilitando así el encuentro y compartir vidas e historias. Reconoce que los conocimientos científicos sobre el cuerpo son aliados y dan soporte al saber médico para que puedan sugerir y auxiliar en la tarea de dar sentido a aquello que el usuario, por sí solo, no consigue identificar.

Entendemos que si trabajamos con un modelo de cuidado, de salud, de felicidad y de vida *para* el otro, e intentamos imponerle, estaremos condenados al fracaso: no siempre nuestra “prescripción” será puesta en práctica o, peor aún, podrá ser impuesta en un acto de violencia. Eso, tal vez, pueda parecer obvio en un primer momento, pero con solo observar la naturalización de los “buenos hábitos” que exhortamos como una doctrina (no fumará, practicará ejercicios físicos regularmente, retirará la sal y el azúcar de su dieta, etc.), disfrazados bajo la égida de una promoción de la salud, nos damos cuenta de la discriminación, las imposiciones y las microviolencias que practicamos al estandarizar el comportamiento de una forma autoritaria. A continuación ofrecemos dos ejemplos más para ilustrar nuestra reflexión.

Una nutricionista intentaba pensar una dieta para un señor de 96 años que, en el último tiempo, vivía prácticamente postrado en la cama y con varias comorbilidades crónicas. Ella intentaba conciliar todas las restricciones alimentarias que él tenía –cada una impuesta por un especialista diferente– para elaborar una dieta equilibrada. Pero las

restricciones eran tantas que no podía comer carnes rojas por la dislipidemia, no podía carbohidratos y azúcares porque era diabético, tampoco ciertas verduras y frutas porque tenía alto el potasio. Con tantas restricciones era casi imposible comer, y mucho menos encontrar algún placer en ello. A los 96 años ¿todo eso era productor de más vida?

El otro caso es el de un usuario de 38 años que estaba en una situación socioeconómica muy precaria, y con antecedentes de uso intensivo de alcohol y otras drogas. Postrado desde hacía mucho tiempo y con atrofia muscular, era imprescindible que realizara sesiones de fisioterapia para recuperar su capacidad de caminar, pero no podía ir solo al servicio de salud y no contaba con el apoyo de sus familiares. Sin embargo, el equipo de salud no construyó una alternativa para el traslado o para que recibiera atención fisioterapéutica en su domicilio. Los trabajadores del equipo tildaban al usuario y su familia como “difíciles” debido al consumo de alcohol y otras drogas, bajo el rótulo de “problema” social. De esta forma, se sometió al usuario a quedar postrado en la cama y ser dependiente de un cuidador, aunque era capaz de caminar. La oferta del equipo se resumía a la internación en un asilo como solución para el usuario y su familia.

¿Necesitamos ser profesionales tan restrictivos, tan punitivos, sin reflexionar sobre lo que nuestras sentencias pueden significar en el contexto de la vida de aquella persona que pretendemos cuidar? Por otra parte, ¿cuánto de lo que prescribimos realmente se implementa? Y si se implementa ¿cuánto sufrimiento generamos? ¿Ese es el único concepto de integralidad posible?

Cuando no reconocemos en el otro a un ser deseante que apuesta a otros modos de vida, que tiene deseos y proyectos diferentes a los nuestros y a aquellos determinados por las “buenas prácticas”, a veces los profesionales diseñamos planes de cuidado ineficaces, proyectamos prescripciones que muchas veces no son seguidas, criminalizando los deseos. Así, nuestras acciones hacen eco en el vacío, y nuestra propia voz reverbera sin que exista alguien que escuche. En esa falta de diálogo,

dejamos de aprender, dejamos de cambiar y terminamos haciendo un trabajo aburrido, repetitivo, tibio, o incluso frío. Un trabajo repetitivo que no provoca satisfacción, ni en nosotros, ni en los usuarios. Un trabajo que no ve en el otro nada más que problemas que deben ser extirpados, que no ve la potencia y el poder del otro. Un trabajo que no produce encuentro, o incluso produce malos encuentros.

Ese es el desafío central. Apostar a que la vida del otro vale la pena, y que la vida del otro me enriquece, como dijo Merhy⁽¹⁶⁾. Por supuesto que hay muchas situaciones en las que hacemos eso, en las que nos desplegamos y liberamos nuestra potencia de actuar y producimos empatía, vínculos y corresponsabilidad en torno a los problemas que surgen. Huimos de las rutinas y de los rígidos protocolos de los servicios y golpeamos algunas puertas, hacemos unas llamadas, movilizamos al equipo, estudiamos el caso en horas libres, articulamos las posibilidades cuidadoras con los colegas, sean ellos de nuestro equipo o no. Creamos buenos encuentros y caminos cuidadores.

En la experiencia realizada en Brasil, en el marco de la investigación *Red de evaluación compartida*, hemos visto que esos buenos encuentros tienen grandes posibilidades de producirse en los lugares no tradicionales de cuidado, en los que la integralidad encuentra la potencia necesaria para concretarse en acciones. Eso nos lleva a reflexionar sobre la ineficiencia de los espacios establecidos para la producción del cuidado. En Brasil, hemos tenido buenas experiencias en otros territorios de prácticas que muestran cómo el tema de la producción del cuidado se ve afectado por este debate.

Integralidad en la producción del cuidado: otros espacios posibles

En la atención primaria, por ejemplo, dependiendo de la configuración que tome en ciertos municipios, los trabajadores de los equipos de Salud Familiar gozan de autonomía y libertad, lo que ha permitido en

muchas situaciones la inventiva en el trabajo en salud, especialmente en lo que se produce fuera del espacio de las unidades de los servicios de salud, en los territorios en los que transcurre la vida. El encuentro puede producirse en cualquier circunstancia y, cuando sucede, demanda que el trabajador de la salud dialogue, intercambie, se adapte, reinvente su quehacer.

Sin embargo, es posible esconderse del encuentro, por ejemplo, detrás del menú de productos y servicios que se ofrecen a través de acciones programáticas: consultas sobre crianza, atención prenatal, ginecología, hipertensión, diabetes, etc. Eso ha producido mucho descuido con las personas que no se ajustan a ninguna de esas “cajitas”; es como si el servicio se eximiera de atenderlos. Cuando los trabajadores se esconden detrás de los programas y protocolos, se producen parálisis en el cuidado que tienden a restarle potencia al encuentro.

La atención domiciliaria es otro ejemplo de espacio rico en posibilidades para la construcción de prácticas integrales, tal vez el más potente, teniendo en cuenta el choque de realidad al que se enfrentan los trabajadores en la casa del usuario. Allí, el ambiente nos estimula a pensar diferente, a adecuar nuestras prácticas para adaptarnos a la forma de vida de aquella persona y de su familia, a desnudarnos de los tantos juicios de valor que cargamos. En el espacio de la casa, el encuentro se da de modo más simétrico, el poder que el profesional de salud ejerce en aquel espacio es limitado y su disputa constante es más visible⁽¹⁷⁾. En ese espacio, el saber se comparte con muchos otros sujetos que no son socialmente reconocidos como portadores de un saber válido, pero que obviamente lo son: la esposa que acompaña a su marido hace 40 años, el conductor del automóvil, la vecina, etcétera.

En una conversación reciente de uno de nosotros con una enfermera, ella contó una historia muy interesante, que compartimos también con el propósito de ejemplificar. Esta enfermera había hecho una visita domiciliaria a un asentamiento en Mato Grosso do Sul, cerca de la frontera con Paraguay, donde

supuestamente hay una alta prevalencia de lepra. Era una casa en la que vivía un señor con su padre anciano, de quien era cuidador desde hacía mucho tiempo, ambos con lepra. En ese encuentro, la enfermera descubrió que el hijo se había autodiagnosticado lepra, antes incluso de un diagnóstico “oficial”. Y ¿cómo sucedió esto? Un día apareció en su cuerpo una herida que emanaba el mismo olor que impregnaba su nariz cuando curaba las heridas de su padre. No tuvo dudas y buscó ayuda. Al regresar a casa, esa trabajadora buscó en la bibliografía científica si había relatos de algún olor característico de las heridas de lepra, pero no encontró mención alguna.

Hay otros espacios favorables para descubrir las diferentes producciones de vida posibles en la vida de cada usuario. En una residencia terapéutica en salud mental, de un municipio del sur de Brasil, visitada en el marco de la investigación *Red de evaluación compartida*, había diez habitantes, entre ellos una señora de más de 60 años con algún tipo de sufrimiento mental crónico, a la que llamaremos Keiko. Ella había vivido muchos años en un hospital psiquiátrico, y después del proceso de desinstitucionalización había empezado a pintar cuadros. ¡Y cómo pintaba! Paisajes increíbles, de una delicadeza inusual y con todo lujo de detalles impresionantes. Después de un tiempo en esa residencia, Keiko tuvo la oportunidad de mejorar su talento con clases semanales de pintura. Ciertamente, si hubiera seguido hospitalizada, no habría podido dar rienda suelta a todo ese potencial de vida que había en ella, toda esa multitud de existencias que era Keiko. Su vida hubiera quedado reducida a la etiqueta de “enferma mental” o “portadora de trastorno mental” y se hubiera condenado a Keiko a vivir como una incapaz, restringida en su libertad y, especialmente, en su forma de existir y andar la vida. Y, a nuestro juicio, no habrían actuado de mala fe.

La estrategia de Salud Familiar, de atención domiciliaria, los servicios de atención en salud mental y otros tantos espacios posibles han permitido ese modo de ejercer la integralidad, hoy. Pero todo

el tiempo tenemos que estar atentos a que esa potencia no sea capturada por el modelo prescriptivo que instaura el trabajador como profesional de salud. Como dice Favoreto:

...En Brasil, a partir de la perspectiva de cambiar el modelo asistencial y sus prácticas, para producir el cuidado junto con el otro, se invirtió en otros actores y otros espacios. Sin embargo, la incorporación de los sujetos [usuarios] se ha hecho de manera incipiente o descontextualizada, con una frágil percepción de sus necesidades en salud.^(18 p.209)

La integralidad de la práctica que produce cuidado se vincula entonces con el reconocimiento de lo diferente y singular del otro en su forma de vivir, de pensar, de estar en el mundo, de desear como productor de vida y de otros saberes. Se trata de dejarse afectar por el encuentro para construir, juntos, las estrategias cuidadoras que, desde esta perspectiva, serán integrales. Se trata de poner la centralidad de las prácticas de cuidado en las demandas y necesidades de las personas y de los colectivos para desde allí resignificar modos instituidos como, por ejemplo, la clínica. A propósito de esta, partimos de la comprensión de que todos hacen clínica^[c], después de todo, no se limita al trabajo de diagnosticar, curar y hacer pronósticos, sino que también es un espacio de intercambio, compartido, a partir de las necesidades y de los diferentes modos tecnológicos de actuar⁽¹⁹⁾.

He aquí lo que esos y otros tantos ejemplos cotidianos de los servicios de salud nos llevan a reflexionar al respecto de la palabra-concepto *integralidad*.

CONSIDERACIONES FINALES

¿Habrán recetas para que surja la integralidad? ¿Cómo llevar esto a la vida cotidiana de nuestro trabajo? No hay recetas, pero como intentamos proponer en este texto, las posibilidades son infinitas. Tal vez, el primer

paso es hacer una reflexión crítica sobre el proyecto ético-político que moviliza y que pauta nuestra práctica como trabajadores de la salud que, a su vez, precede y constituye nuestro proceso de trabajo^{(20),(21)}. ¿Cómo veo al otro que puede ser un usuario, mi compañero de trabajo, un proveedor de servicios o un gestor? ¿Cuál es mi apuesta? La defensa radical de la vida del otro, como línea ética conductora de la práctica de cada uno de nosotros –tanto si somos trabajadores, gestores, profesores o investigadores– es extremadamente potente para la producción de la integralidad del cuidado, que no se agota fuera de los escenarios asistenciales tradicionales, sino todo lo contrario.

No obstante, también hay que pensar que el mundo del trabajo es un lugar de aprendizaje rico y permanente, una escuela⁽⁹⁾, y que en el encuentro con el otro, usuario, trabajador, gestor, en la discusión colectiva, aprendemos y, a menudo, conseguimos reconocer en nuestra práctica cosas buenas y cosas malas que no habíamos percibido antes.

En Brasil, la Educación Permanente en Salud es una estrategia que comprende a casi 5.000 trabajadores en todo el país. Es una invitación a los trabajadores del SUS para la reinención de las prácticas de aprender y de

cuidar, que destaca la potencia del trabajo vivo en acto⁽¹⁶⁾. Desde esta perspectiva hay una necesaria porosidad en el trabajo cotidiano en salud, que involucra a aquellos que están presentes, y valoriza las acciones que crean desplazamientos y amplían la capacidad de autoanálisis del colectivo de trabajadores de la salud, al considerar que para que yo pueda percibir y analizar lo que hago, necesito del otro, pues al oírlo puedo mirarme a mí mismo en sus historias⁽¹⁷⁾.

Esta investigación comparte con la Educación Permanente en Salud la apuesta de abocarse de manera constante a las propias prácticas y al trabajo cotidiano en salud, y creemos que esto ha potenciado en los trabajadores, gestores y usuarios, pero también entre los investigadores, el encuentro y la alteridad como elementos enriquecedores e indispensables para la producción del cuidado desde una perspectiva distinta de integralidad. En este sentido, reconocemos que en la historia brasileña de la salud, el presente constituye, por tanto, un momento privilegiado de cambio, de desconstrucción y reconstrucción permanentes, y un horizonte dramáticamente ampliado de posibilidades para engendrar la integralidad en el campo de la salud colectiva.

NOTAS FINALES

a. Este artículo surge de una conferencia realizada en noviembre de 2014 en el marco del *IV Congreso de Salud de la Provincia de Santa Fe*, que tuvo lugar en la ciudad de Santa Fe, Argentina, bajo el título *"Integralidad en la clínica, distintas dimensiones del cuidado"*. En esa ocasión, se abordó el tema de la integralidad y sus re-

laciones con el cuidado a partir de lo producido en la línea de investigación *"Micropolítica del trabajo y del cuidado en salud"*, coordinada por el profesor Emerson Elias Merhy.

b. En referencia a la noción de "cuerpo sin órganos" que Deleuze y Guattari desarrollan en obras como *Anti-Edipo* y *Mil mesetas*.

c. Según Merhy⁽¹⁶⁾, a partir de esta visión de las tecnologías en salud, se puede afirmar que de una manera o de otra, todos los trabajadores de la salud hacen clínica, que es el principal campo en el que operan las tecnologías blandas, como articuladoras de otras configuraciones tecnológicas. Y esa es una constatación válida incluso para aquellos que no son concebidos clásicamente como pertenecientes al campo de la salud, como es el caso de un portero de un establecimiento de salud. Esta afirmación se relaciona, en primer lugar, con el hecho de que los usuarios buscan en sus encuentros con los trabajadores de la salud, sobre todo en los centros de salud, la producción de espacios de acogimiento, responsabilidad y vínculo. En segundo lugar, al entender que la clínica no es solo saber diagnosticar, pronosticar y curar los problemas de salud como una “disfunción biológica”, sino también como un proceso y un espacio de producción de relaciones e intervenciones que se da de modo compartido, y en el que hay un juego entre necesidades y modos tecnológicos de actuar. En tercer lugar, porque no hay producción de espacios de diálogo y escucha, de complicidades y responsabilidades, de vínculos y aceptaciones, si no hay un trabajo clínicamente implicado. Sin embargo, este autor afirma que, a pesar de que todos hacen clínica, hay focos de acciones entre los profesionales que dejan marcas en los modos de trabajar las distintas conformaciones de las tecnologías en salud, y modelan sus habilidades para responder a los problemas planteados.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Secretaria de Atenção à Saúde del Ministério da Saúde de Brasil el apoyo financiero para la realización de la investigación “Observatório nacional da produção de cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa”, bajo el dictamen No. 560.597/2014.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Merhy EE, Feuerwerker LCM, Silva E. Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud Colectiva*. 2012;8(1):25-34.
- Gomes MPC, Merhy EE, (orgs). *Pesquisadores In-Mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
- Ministério da Saúde. Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [citado 17 fev 2015]. Disponible en: <http://idsus.saude.gov.br>
- Oliveira PTR, Sella PEG, Reis AT. O monitoramento e a avaliação na gestão do Ministério da Saúde. *Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação*. 2013;5(1):114-129.
- Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
- Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.
- Ayres JRCM. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS-UERJ, ABRASCO; 2009.
- Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E. *Leituras de Novas Tecnologias e Saúde*. São Cristóvão: Editora UFS; 2009.
- Merhy EE. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2005.
- Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO; 2001.
- Feuerwerker LMC. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.
- Deleuze G. Spinoza-Cours Vincennes 24/01/1978 [Internet]. 2010 [citado 16 jun 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/mWVaXQ>.
- EPS em Movimento. O aprender e o engendramento de um novo campo de possibilidades: outrar-se [Internet]. 2014 [citado 2 mar 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/KlgVb5>.
- Slomp Junior H, Feuerwerker LCM, Land MGP. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado?: O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(2):537-546.
- Caponi S. A saúde como abertura ao risco. En: Czeresnia D, Freitas CM, (orgs). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
- Merhy EE. A educação permanente em saúde em movimento [Video en Internet]. 2014 [citado 17 fev 2015]. Disponible en: <https://goo.gl/2zTnHL>.
- Carvalho LC, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliar: una reflexión necesaria. *Salud Colectiva*. 2007;3(1):259-269.
- Favoreto CAO. A velha e a renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ, ABRASCO; 2008.
- Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e de intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE,

(orgs). O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: re-escrevendo o público. Belo Horizonte: Xamã; 1998.

20. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: Mandarino ACS, Gallo E, Gomberg E, (orgs). Informar e Educar em Saúde: análises e experiências. Salvador: Edufba; 2014.

21. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, (orgs). Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS-UERJ, ABRASCO; 2006.

FORMA DE CITAR

Seixas CT, Merhy EE, Baduy RS, Slomp Junior H. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. Salud Colectiva. 2016;12(1):113-123.

Recibido: 20 de junio de 2015 | Versión final: 16 de noviembre de 2015 | Aprobado: 1 de diciembre de 2015



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

<http://dx.doi.org/10.18294/sc.2016.874>